

Université Abou Bekr Belkaid جامعة ابي بكر بلقايد
Tlemcen Algérie
تلمسان الجزائر

République Algérienne démocratique et populaire
Ministère des études supérieures et de la recherche scientifique

Université Abbou bakr BELKAID
-Tlemcen-

Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion
et des sciences commerciales

École doctorale : management international des entreprises

Mémoire pour l'obtention du diplôme de Magister
Option : marketing international

Thème

L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés

« Comment atteindre la satisfaction des patients »

Présenté par : Melle Zakia KESSAS
Sous la direction du : Mr le Pr Abderrezak BENHABIB

Membres du jury :

Président :	Mohamed BENBOUZIANE	professeur	université de Tlemcen
Encadreur :	Abderrezak BENHABIB	professeur	université de Tlemcen
Examinateurs :	Samir MALIKI	docteur	université de Tlemcen
	Mostapha DJENESS	docteur	université de Tlemcen

Année universitaire : 2010/2011

Résumé

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements de soins.
Et pour apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins Hospitaliers dans les établissements hospitaliers privés et d'identifier les principaux facteurs qui influencent cette satisfaction, nous avons fait une étude empirique sur 150 patients interrogés pour trois cliniques privées (les castors, les dahlis, et tebet), cette étude montre que les facteurs non-techniques ont une influence très importante sur la qualité des soins rendue au même niveau d'importance que les facteurs techniques.
Mots clés : établissement hospitalier, service sanitaire, qualité des soins, facteurs techniques, facteurs non-techniques, satisfaction des patients.

summary :

Patient satisfaction is an important dimension of quality care and an interesting indicator to highlight and correct certain malfunctions care facilities.
And to assess the degree of patient satisfaction regarding the quality of hospital care in private hospitals and identify key factors that influence this satisfaction, we conducted an empirical study of 150 patients interviewed three private clinics (Beavers, Dahl, and Tebet), this study shows that non-technical factors have an important influence on the quality of care rendered to the same level of importance than technical factors.

Remerciement

En premier lieu louange à Dieu qui m'a doté de force et de courage pour réaliser ce travail.

Je remercie du fond du cœur mes deux anges « mes parents » pour leurs efforts.

Le soutien apporté par l'entourage n'a pas de prix. Entourage sans lequel ce travail n'aurait pas vu le jour.

Nous souhaiterions tout d'abord remercier notre encadreur : M.BENHABIB qui a consacré du temps pour nous orienter et nous éclairer sur ce qui fut au début qu'un ensemble d'idées.

Nous remercions par ailleurs :

Mr BENACHENHOU (maitre de conférences à université de Tlemcen)

Mr ABDELATIF (chef de service de CMS-université de Tlemcen)

Mr ELALLEM (directeur par intérim de la DSP-tlemcen-)

Mr BOUCHELIT (chargé du secteur privé-DSP Tlemcen)

Mr BAICH (cadre-DSP Tlemcen)

Dr MEROUANNA (directeur technique de la clinique LES CASTORS

Dr TEBET(directeur technique de la clinique TEBET)

Dr AZOUZ (directeur technique de la clinique LES CDAHLIAS)

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mes parents papa et maman.

A mes chers frères : Kamel, Md Yacine.

A mes chères sœurs : Nadia, Wahiba, Fatima, Dahbia et Rania.

A mes deux poussins : Aniss , Iliess.

A mes deux frère : Habib et Abdlrahim.

A ma famille KESSAS et HAIDRA sans exception.

A mes très chères copines : Aicha, Malika, Karima, Samra.

A tous les gens qui m'ont aidé de réaliser ce travail .

Table des matières

Section 02 : le service sanitaire

Section 03 *: le service sanitaire, et la combinaison (marketing, santé)*

Chapitre 02 *: qualité des soins et satisfaction vont de pair*
Section01 *:l'approche qualité des soins*

Section 2 *: l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins*

Chapitre03 *: étude empirique, les facteurs qui influencent la satisfaction des patients dans les cliniques privées*

Section 01 *: la structure sanitaire Algérienne*

Section 02 : *les établissements hospitaliers privés en Algérie*

Section 03 **:** influence de la qualité technique et non-technique sur la qualité des soins

Introduction générale

[1]La qualité des services est l'une des meilleures façons de se différencier et de se démarquer de la concurrence « être à l'écoute de vos clients c'est avant tout leur offrir un bon service » .

[2]L'accroissement du nombre d'entreprises en concurrence tentant de satisfaire des clients de plus en plus exigeants, nécessitant des efforts constants d'améliorer la qualité. Souvent, les clients ne sont pas satisfaits de la qualité et de la valeur des services qu'ils reçoivent. Ils se plaignent de retards de livraison, de personnels incompétents, d'horaires restreints, des procédures inutiles et compliquées, etc. alors, une mauvaise qualité ou même une qualité moyenne place l'entreprise en position concurrentielle difficile et si les clients ne sont pas contents de la qualité qu'ils reçoivent, ils peuvent décider de passer à la concurrence.

[3]Vers les années 1960, le concept qualité a pris sa place dans le domaine hospitalier. Cette exigence du contrôle de la qualité devient urgente dans les établissements sanitaires en général, et les établissements hospitaliers en particulier ; car ils font l'objet de critiques en ce qui concerne les couts et la qualité des soins de santé.

Dans plusieurs pays, des lois et des textes législatifs sont émis, afin de protéger les citoyens, et leur garantir des soins de santé adéquats. Dans ce contexte, les professionnels se voient obligés d'élaborer des programmes d'évaluation, de maintient d'amélioration de la qualité des soins et des services offerts à la population.

---

[1] P KOTLER, 2005, les clés du marketing, Pearson édition, Paris, P, µ, 168
[2] D LAPERT, 2005, marketing des eservices, édition Dunod, P, 11- adapter-
[3] M HUBINON ; 2004, management des unités de soins, édition De boeck, Bruxelles, 2e tirage, P, 51- adapter-

[1]C'est pourquoi les pays en développement sous l'influence de constat dressé dans les pays industriels, ont marqué de plus en plus d'intérêt pour l'évaluation de la qualité déroulée par leur système de santé.

[2]Cette évaluation a pour objectif d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins parallèlement à une utilisation optimale des soins.

[3] La plus part des établissements s'intéressent davantage à leur part de marché qu'a la satisfaction de leurs clients, mais la satisfaction des patients est un élément important de la qualité des soins , elle est considérée comme un résultat clinique « la part de marché mesure votre réussite passée, alors que la satisfaction des patients conditionne votre avenir , et quand elle commence à se dégrader, l'érosion de la part de marché n'est pas loin ».

L'évaluation de la satisfaction des patients est une dimension majeure de la qualité des soins, et s'il est indispensable de suivre et d'améliorer le niveau de satisfaction de vos patients, c'est qu'il est directement proportionnel à leur rétention. Quatre faits suivants doivent être prise en compte ;

- L'acquisition de nouveaux clients peut couter cinq à dix fois plus cher que l'effort nécessaire pour satisfaire et retenir les clients existants ;
- L'entreprise moyenne perd chaque année entre 10% et 20% de ses clients ;
- Une réduction de 05% du taux de défection des clients peut augmenter les résultats de 25% à 85% suivant le secteur d'activité ;
- Plus vous conservez longtemps un client, plus il est rentable ;

---

[1] J MONDOZA ; H Piechulek ; A Al-Sabi ; 2001 ;« satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh (bulletin de l'OMS) » ; N°05 ;PDF ; P, 65

[2] Yves MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilises en médecine ambulatoire » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ; Paris ;P,12

[3] P KOTLER, op cit, P, 164 -adapter-

- *Les critères de choix(le constat) :*

[1]Dans un monde chaque jour plus concurrentiel, et par l'évolution du monde de la santé et de son environnement, les établissements hospitaliers sont confrontés à un environnement turbulent, parallèlement à cette mutation de l'environnement, les clients sont devenus progressivement plus exigeants dont leurs attentes ont évolué, devenant chaque jours plus important, et plus difficiles à cerner. Ils revendiquent :

- Plus de sécurité et non plus un niveau de sécurité minimal et réglementaire ;
- La maitrise des risques liés aux actes cliniques ;
- Des soins de la meilleure qualité possible ;
- Une reconnaissance et des preuves tangibles de la qualité des prestations fournies ;
- La possibilité de comparer entre plusieurs fournisseurs de soins ;
- Des pratiques validées, codifiée et écrites ;

[2]Pour faire face à ce nouvel enjeu, les établissements hospitaliers sont amenés à réfléchir sur leur démarche qualité, ils doivent faire évoluer leur pratique vers une plus grande satisfaction des besoins de leurs clients.

Nous avons choisi ce thème selon les critères suivants en ordre de priorité et d'importance :

- Le patient est un être-humain avant tous : il s'agit maintenant pour l'établissement sanitaire en Algérie de devenir conscient de sa responsabilité sociale, servir les missions de l'établissement sanitaire et permettrait de mieux atteindre les finalités d'un service public.

---

[1] P ALARD, D DIRRINGER, la stratégie de relation client, édition Dunod, Paris, P,07, -adapter-

[2] A-c OUDART, 2001, les chargé(e)s de relation clientèle face à la lettre de réclamation, édition Septentrion, Paris, P, 11

- Une demande de réaliser la satisfaction de la clientèle et de répondre à ses besoins autant quantitativement que qualitativement.
- La privatisation du secteur sanitaire et l'apparition d'une concurrence forte : commencer à identifier les phénomènes de concurrence potentielle ou réfléchir aux conditions et aux modalités d'une complémentarité entre établissements de soins publics et privés.
- Les nouvelles normes ISO9000 (version 2000) correspond à la servuction sanitaire.
- Les clients sont de plus en plus informés : de par l'hyper concurrence et la facilité d'accès à l'information notamment par le vecteur des nouvelles technologies.
- Les clients sont de plus en plus blasés ;

➤ ***La réalité de La prise en charge des patients dans les hôpitaux Algériens public :***

La mauvaise prise en charge des malades au niveau des hôpitaux publics a toujours été décriée par le citoyen. Les différents ministres qui se sont succédé à la tête du ministère de la Santé ont, à chaque fois, évoqué la priorité d'améliorer les conditions d'accueil, de prestations, d'hospitalisation et d'accès aux soins des malades, mais sans y parvenir réellement. Dans notre pays, être admis dans un hôpital public est toujours vécu comme une hantise, une épreuve, par le citoyen qui redoute les conditions d'hospitalisation que tout le monde sait désastreuses. A l'angoisse d'être confronté à une prise en charge médicale défaillante, s'ajoute celle du manque d'hygiène flagrant, la surcharge. Le plus souvent courant dans la majorité des structures hospitalière du pays.

La prise en charge n'est pas ce qu'il y a de mieux. Sans oublier les éternelles pannes des équipements médicaux (scanner, imagerie médicale...). Les rendez-vous sont de plus en plus éloignés et bien souvent, les malades sont contraints de se diriger vers le privé pour un scanner ou une IRM ou meme pour une prise en charge médicale.

A cet effet, les établissements hospitaliers privés profitent de l'occasion et cherchent à capter les patients dans des conditions d'hospitalisation meilleures qu'en Hôpital.

Pour ce faire, nous essayons de répondre à différentes questions ayant pour objet principal la problématique suivante :

Comment les établissements hospitaliers privés dans une approche qualité des soins, peuvent-ils atteindre la satisfaction de leurs patients ?

Cette problématique pourrait s'articuler autours des questions suivantes :

- *Qu'est ce qu'un établissement sanitaire et hospitalier ?*
- *Qu'est ce qu'un service ?*
- *Qu'est ce qu'un service sanitaire ?*
- *Qu'est ce qu'un marketing hospitalier ?*
- *Qu'est ce qu'une qualité des soins, comment on l'évaluer et l'améliorer?*
- *Quelle est la relation entre la qualité des soins et la satisfaction des patients?*
- *Est-ce que les facteurs techniques ont une influence importante sur la qualité des soins ?*
- *Est-ce que les facteurs non- techniques ont une influence importante sur la qualité des soins ?*

Afin de répondre à ces multiples questions, nous allons émettre ces deux hypothèses sur lesquelles ce travail va se baser :

- ✓ *les facteurs techniques influencent positivement la qualité des soins*
- ✓ *les facteurs non-techniques influencent positivement la qualité des soins*

Pour répondre aux différentes questions et vérifier ces différentes hypothèses de cette recherche, on a adopté une méthodologique descriptive et analytique.

Le présent mémoire comporte deux grandes parties : une partie théorique comportant deux chapitres.

Le premier chapitre apporte un aperçu sur le marketing des services et propose une introduction sur le service au milieu hospitalier.

Le deuxième chapitre porte sur la qualité des soins et les méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Nous aborderons enfin la satisfaction du patient comme gage de bonne qualité de soins.

Dans la partie pratique, nous essayons de tester les deux hypothèses formulées en s'appuyant sur une étude empirique dans des cliniques privées au niveau de Tlemcen (clinique les dahlias, Tebet), et Mostaganem (clinque les castors,) .

- *L'objectif* :

Dans ce travail, notre objectif est d'essayer de rassembler les éléments permettant aux établissements hospitaliers privés, et à leur équipe de déterminer pour quoi ?et comment ?ils doivent améliorer la qualité des soins afin de réaliser la satisfaction des patients.

Chapitre 01 :
l’approche marketing dans les établissements hospitaliers

Introduction 01 :

[1]L'activité économique liée aux services dépasse aujourd'hui celle des produits classiques. Le développement des services et la complexité de leur offre peuvent générer une certaine confusion dans l'esprit des consommateurs..

[2]Une **activité de service** se caractérise essentiellement par la mise à la disposition d'une capacité technique ou intellectuelle. À la différence d'une activité industrielle, elle ne peut pas être décrite par les seules caractéristiques d'un bien tangible acquis par le client. Compris dans leur sens le plus large, les services regroupent un vaste champ d'activité allant des transports à l'administration en passant par le commerce, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale. Dans la pratique statistique, cet ensemble est regroupé sous le terme d'activités tertiaires.

---

[1]http:// www.abc**marketing**.fr/

[2] www.marketing-etudiant.fr/.../marketing-services.php

Section 01: *les établissements sanitaires : définitions et typologie*

1-1 historique :

1-1-1 les premiers exemples :

[1] Dans les cultures anciennes, la religion et la médecine sont liées.les premiers établissements documentés visant à fournir des remèdes étaient des temples égyptiens.

Dans la Grèce antique, les temples dédiés au guérisseur Asclépios dieu, connue sous le nom « Asclépieai »,ont fonctionné comme des centres de conseils-médicaux, de pronostic et de guérison.

Dans ces sanctuaires, les patients pouvaient entrer dans un onirique état de sommeil provoqué connu sous le nom de «enkoimesis » qui n'est pas sans rappeler l'anesthésie. Là, ils ont soit reçu des conseils de la divinité par le biais du rêve, ou ont été guéris par la chirurgie.

Il y avait aussi les hôpitaux d'enseignement où les étudiants étaient autorisés à pratiquer méthodiquement sur des patients sous la supervision de médecins dans le cadre de leur formation ce fut le cas de l'académie *de* Gundishapur *par exemple* sous l'empire Perse.

1-1-2 empire romain :

Les romains ont créé les *valetudinaria* pour le soin des esclaves malades, les gladiateurs, et les soldats autour de 100 avant J-C, et beaucoup de ces établissements ont été identifiés par l'archéologie plus tard.

---

[1] http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital- adapter-

L'adoption du Christianisme comme religion d'état de l'Empire Romain a conduit à un élargissement de la prestation des soins. Le premier concile de Nicée en 325 AD a exhorté l'Église à fournir des soins pour les pauvres, les veuves malades, et les étrangers. Elle a ordonné la construction d'un hôpital dans chaque ville de la cathédrale ;

1-1-3 monde Islamique médiéval :

[1] Dans le monde Islamique médiéval, le mot « *binaristan* » a été utilisé pour indiquer un établissement hospitalier où les malades ont été accueillis, soignés et traités par un personnel qualifié ;

L'hôpital free first public a été ouvert à Baghdâd au cours du règne du califat Abbasside Haroun al-Rachid au 8 e siècle. Aussi, le premier hôpital en Egypte a été ouvert en 872 et par la suite, les hôpitaux publics parurent en Espagne islamique et du Maghreb à la perse .les médecins et les chirurgiens furent nommés et donnaient des conférences aux étudiants en médecine et les diplômes délivrés à ceux qui étaient considérés comme qualifiés pour la pratique, un parallèle tôt pour les écoles médicales modernes.

Le premier hôpital psychiatrique a été construit à *Baghdad* en 705 ;

Pendant le règne *Ottomane*, lorsque les hôpitaux ont atteint une distinction particulière, le *sultan Bayzid II* a construit un hôpital psychiatrique et une madrasa médicale dans Edirne, et un certain nombre d'autres hôpitaux précoce ont également vu le jour en Turquie ;

[1] http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l%27h%C3%B4pital – adapter-

1-1-4 Europe médiévale :

Les hôpitaux du moyen âge en Europe ont suivi une évolution similaire à l'art Byzantin.il ont été les communautés religieuses, avec des soins fournis par les moines et nonnes (terme ancien français hôpital hôtel-Dieu « auberge de dieu »).certains étaient attachés à des monastères, d'autres étaient indépendants et avaient leurs propres dons, généralement de la propriété, qui ont dégagé un revenu pour leur soutien. Certains hôpitaux ont été multifonctionnel tandis que d'autres ont été créés à des fins spécifiques, telles que les hôpitaux lépreux, ou comme des refuges pour les pauvres, ou pour des pèlerins ;

1-1-5 l'ère moderne :

En Europe, le concept médiéval de soins Christian a évolué au cours du XVIe et du XVIIe siècles dans une laïque, mais c'était au XVIIIe siècle que l'hôpital moderne a commencé à apparaitre, ne servant que les besoins médicaux et un personnel fait de médecins et de chirurgiens.

Lorsque l'hôpital général de Vienne a ouvert en 1784 (devenant instantanément le plus grand hôpital du monde), les médecins ont acquis une nouvelle installation qui est progressivement devenue le plus important centre de recherche.

Au cours du 19e siècle, la seconde école de médecins de Vienne émerge avec la contribution des médecins tels que *Carl FREIHERR,Von ROKITANSKY,Josef SKODA,Ferdinand VON HERBA* et *Ignaz phillip SEMMELWEIS.* Des cliniques spécialisées commencent à naître pour donner naissance à la dermatologie, l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie et autres spécialités médicales.

En Amérique, le plus grand système hospitalier public est le *new york city hearth and hospitals corporation*, qui comprend l'hôpital *Bellevue*, le plus ancien hôpital américain, affilié à la *new york university medical school* ;

1-2 les établissements sanitaires, essai de définition :

1-2-1 l'hôpital :

Les hôpitaux sont, en quelque sorte, la mesure de la civilisation d'un peuple ; afin d'améliorer le niveau sanitaire et social de l'être humain, dont la conduite du changement n'a de sens que dans la recherche d'une nouvelle organisation qui place l'homme au centre des préoccupations.

[1]« l'hôpital peut se définir comme un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et des traumatismes trop complexes pour pouvoir être traités à domicile ou dans le cabinet d'un médecin » .

[2]L'hôpital est un établissement où l'on soigne les malades, où l'on redonne la vie. Il offre le traitement des patients par le personnel et les équipements spécialisés, et souvent, mais pas toujours prévoyant du séjour des patients à plus long terme.».

[3]« L'hôpital est un lieu de développement du corps social et son organisation doit être propice à l'épanouissement des hommes qui le servent, c'est une entreprise de soins à haute technicité ouvert à tous, où les techniques médicales et managériales requièrent de nouveaux savoir en rapport avec l'importance croissante des phénomènes de société qui pèsent sur l'hôpital public ».

---

[1] http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital- adapter-

[2] http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml

[3] J ABBAD,2001, *organisation et mangement hospitalier* , édition berger-leverault, Paris-, P, 25-39

1-2-2 les modalités générales de l'exercice des activités de santé en dehors de l'hôpital :

1-2-2-1 les soins ambulatoires :

[1]Les services de soins sont organisés principalement d'une part au sein des structures hospitalières, et d'autre part sous la forme de soins dite « ambulatoire », c'est-à-dire ne comportant pas l'hébergement ;

[2]« Un traitement ambulatoire est un traitement qui ne nécessite ni l'aliment, ni l'hospitalisation .Aussi, une chirurgie ambulatoire comprend l'ensemble des actes chirurgicaux effectués sur un malade hospitalisé pour la durée de l'intervention et retournant chez lui le jour même »

1-2-2-2 l'exercice individuel des professions de santé :

- *Le cabinet* : le cabinet est défini comme étant le local professionnel où le praticien reçoit habituellement ses malades et donne ses consultations ;

1-2-2-3 l'exercice collectif des professions de santé :

- *Les cabinets de groupe privés* : L'exercice en commun des professions de santé présente potentiellement de nombreux avantages pour les malades, il rend possible une plus grande permanence de l'accueil et des soins, ainsi qu'une agrégation des compétences et des équipements.

Pour les professionnels concernés, il permet d'organiser une entraide favorable à la formation et à la gestion équilibrée du temps de travail .surtout, il favorise le partage des coûts d'acquisition des équipements et leur utilisation optimale.

---

[1] M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, 2001, *droit hospitalier*, édition Dalloz, Paris, 3e édition P ,36-38

[2] *Larousse médicale*, 2003 , édition Larousse VDEF, Paris, P, 46

1-2-2-4 les établissements sanitaires non-hospitaliers :

Plusieurs catégories d'établissements qui ne relèvent pas du champ d'application de la loi hospitalière, ont pour vocation de dispenser des soins à des malades nécessitant un mode de prise en charge spécifique.

- *Les centres de santé :*

[1]Les centres de santé ont pour mission d'assurer des activités de soins sans hébergement, et participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de préventions et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les centres de santé se représentent par les centres de soins médicaux généralistes, centres de santé dentaire, centres de soins infirmiers, etc.

- *Les institutions sociales et médicales sociales* :

[2]Un nombre important d'établissements et de services qui prennent en charge principalement des personnes malades, handicapées ou inadaptées. Cette prise en charge bascule vers les dispositifs de l'aide sociale ; par exemple : aide médicaux-psychologique (AMP), centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI), institut de rééducation, foyer d'hébergement pour adultes handicaper, les centres d'accompagnement social et de réinsertion pour des personnes alcooliques, etc

- *Les établissements de thermo climatisme et de thalassothérapie* :

[3]Il existe 102 stations climatiques en France, disposant de capacités d'hébergement et de structures de soins et qui exploitent les vertus curatives du climat.

---

[1] M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, P ,39 –adapter-

[2] M JAEGER, *guide du secteur social et médicaux-social* , édition Dunod –Paris-2004 5[e] édition P ,10 -adapter-

[3] M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, op cit PP ,42-43 -adapter-

[*]internat : est une modalité de fonctionnement commune à diverses institutions destinées aux enfants et adolescents hébergés hors de leur milieu familial, avec éventuellement un retour en famille le weekend (internat de semaine).

[**]les services de soins sont organisés principalement d'une part au sein des structures hospitalières et d'autre part sous la forme de soins dits « ambulatoires » c'est –à-dire ne comportant pas l'hébergement.

La thalassothérapie est l'application à des fins thérapeutique des propretés de l'eau de mer ainsi que des boues et algues marines ;

- *Les maisons d'enfants à caractère sanitaire* :

Le terme « maison » suggère la recomposition d'un cadre de type familial ; ces établissements fonctionnant en *internat, reçoivent sur certificat médical des enfants et adolescents de trois à dix-sept ans révolus, en vue de leur assurer, soit un traitement spécial(affections chroniques des voies respiratoires, convalescence de rhumatisme articulaire aigu, de cardiopathie ou de néphrite aigué ,etc) , ou un régime diététique particulier, soit une cure thermale ou climatique.

- *Les établissements de cure antituberculeux* :

Dans ce domaine, l'apparition de nouveaux moyens préventifs et thérapeutiques au cours de la décennie 1950-1960 (par chimiothérapie surtout) permettant un traitement **ambulatoire ou à domicile après ;

- *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes* :

[1]Sont des centres qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins à des personnes toxicomanes.ils assurent selon le cas, la prise en charge sociale et éducative (comprenant l'aide à l'insertion ou à la réinsertion) ; l'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles, le sevrage, ainsi que l'accompagnement du servage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ; le soutien à l'environnement familial, etc.

---

[1] M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, op cit P :44,46,47

*l'imagerie médicale est une discipline médicale consiste à produire des images du corps humain vivant, à les interpréter et à les utiliser à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, elle se fond sur la radiologie(rayons X), l'échographie (les ultrasons), l'imagerie par résonance magnétique « IRM »
(Utilise le phénomène de résonance magnétique nucléaire « RMN »), et la médecine nucléaire le

1-2-3 les modalités d'exercice des professions médio-techniques :

Les progrès spectaculaires des thérapeutiques médicales se sont appuyés sur le développement des connaissances et les applications pharmaceutiques et biologiques, aussi que sur celui de « *l'imagerie médicale ».l'usage des produits sanguins s'est parallèlement largement étendu et complexifier.

1-2-3-1 l'exercice de la pharmacie :

Les officines de pharmacie sont des établissements affectés à la vente au détail des médicaments ;

1-2-3-2 les laboratoires d'analyses de biologie médicale :

sont des laboratoires où sont effectués les examens biologiques qui concourent au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies humaines, ou qui font apparaitre toute autre modification de l'état physiologique ;

1-2-3-3 l'organisation de la transfusion sanguine :

Elle est chargé de veiller à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles, et à l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales, scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques ;

1-3 missions générales des établissements de santé :

- [1]Les établissements de santé publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance , l'observation de l'état de santé et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologique du patient ;
- [2]Les établissements de santé ont vocation à participer aux actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, et à des actions de formations et d'éducations pour la santé et la prévention. Il accompagne la formation initiale et continue du personnel paramédical et la formation continue des personnels administratifs, techniques et médico-techniques. Il développe ainsi une politique d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir une prise en charge globale du malade efficiente et de qualité.
- Tous les établissements de santé sont tenus de participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir [*]*la sécurité sanitaire*, d'organiser en leur sein la lutte contre les [**]infections nosocomiales et autres infections iatrogènes, et de mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ;
- [3]l'attractivité de l'hôpital pour les jeunes médecins ainsi que la spécificité de la recherche hospitalière sont au cœur des missions de l'hôpital d'aujourd'hui.

---

[1] http://www.invs.sante.fr/presentations/presentation.htm
[2] http://www.ch-avignon.fr/sections/nous/etablissement/presentation-generale/missions-etablissement -adapter-
[*]grâce aux travaux de Didier TABOTEAU (1991), l'ENSP proposé la définition suivante en 1997 : « la sécurité sanitaire est un ensemble de conditions propres à offrir aux individus la sureté et la confiance auxquelles ils aspirent vis-à-vis les risques pour la santé » , elle concourt ainsi à la protection de la santé publique
[3] http://sante.weka.fr/base-documentaire/maitrise_des_risques_et_securite_sanitaire-wk205

[*]grâce aux travaux de Didier TABOTEAU (1991), l'ENSP proposé la définition suivante en 1997 : « la sécurité sanitaire est un ensemble de conditions propres à offrir aux individus la sureté et la confiance auxquelles ils aspirent vis-à-vis les risques pour la santé » , elle concourt ainsi à la protection de la santé publique
[**]une infection nosocomiale contractée dans une institution de soins alors que le patient n'était ni en incubation ni porteur de cette infection au moment de son entrée.

Les missions de ces établissements comportent la dispensation de soins avec ou sans hébergement :

- Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aigue en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;

1-4 la typologie des hôpitaux :

Le critère de distinction le plus convaincant fait référence à l'autorité qui gère :si cette autorité est un particulier ou une personne morale de droit privé, on a affaire à un établissement privé, si non, alors c'est un établissement public.

1-4-1 les établissements publics de santé (hôpitaux publics) :

[1]Les hôpitaux publics sont des personnes morales de droit public, Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État (Ministère de la santé, DHOS, ARH et préfet). Rattachés aux collectivités territoriales (à une commune le plus souvent), ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion sur le plan juridique et financier. Ils sont soumis au droit public, notamment en ce qui concerne leurs achats, qui doivent se conformer au code des marchés publics.

Les médecins intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés. Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent principalement de la fonction publique hospitalière mais peuvent aussi être des personnels non fonctionnaires (contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires, etc).

Sont regroupés sous l'appellation "hôpital public" trois types d'établissements publics, définis par leur mission :

1-4-1-1 Les centres hospitaliers régionaux (CHR) :

Ces centres dispensent les soins les plus spécialisés au niveau régional. Ainsi, ils assurent une double fonction de soins courants vis-à-vis de la population de proximité et une fonction de soins de recours vis-à-vis des autres établissements de la région. Presque tous sont des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU ou CHU) et conduisent à ce titre *une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche*

---

[1] http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf P : 01

1-4-1-2 Les centres hospitaliers (CH) :

[1]Catégorie intermédiaire d'établissements qui ont pour mission d'offrir des services diagnostiques et d'assurer toute la gamme de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée.

1-4-1-3Les hôpitaux locaux :

Implantés à distance des CH, constituent un premier niveau de prise en charge. Ils assurent les soins médicaux courants des populations vivant dans les zones géographiques de proximité, grâce à des services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile. Pour l'essentiel, ils assurent une fonction d'accueil et de soins pour les personnes âgées. A la différence des CHR et des CH, les médecins qui interviennent en médecine dans les hôpitaux locaux relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte.

1-4-2les établissements privés :

1-4-2-1 les établissements privés à but lucratif (cliniques privés) :

Les cliniques privées sont des sociétés commerciales, créées avec des capitaux privés et soumises au droit privé : les praticiens y exercent en libéral.

Les cliniques privées passent contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces médecins ont un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Pour le patient, le remboursement des soins s'effectue de deux façons, selon que L'établissement est conventionné ou pas :

- dans les *cliniques conventionnées* : règlement direct à la clinique par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à hauteur du tarif conventionnel.

---

[1] http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf PP : 01-02-03
- adapter-

- dans les *cliniques agréées (non conventionnées)* : le patient paie et se fait rembourser par la CPAM à hauteur du tarif conventionnel.

1-4-2-2 Les établissements privés à but non lucratif :

[1]Les établissements privés à but non lucratif ont un statut d'associations, et sont gérés le plus souvent par des mutuelles, des organismes de sécurité sociale ou des fondations. Ils ne sont pas soumis aux règles des marchés publics, même s'il leur est conseillé de s'en inspirer. L'intégralité de leurs bénéfices est réinvestie dans l'établissement. Leur mode de financement est identique à celui des hôpitaux publics et ils en partagent les valeurs et les principes, c'est-à-dire l'égal accès aux soins pour tous, l'assurance d'un accueil jour et nuit, éventuellement en urgence, ou encore la continuité des soins et l'orientation des patients ne disposant pas des conditions nécessaires à la poursuite de leur traitement vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Selon le Code de la santé publique, le Service Public Hospitalier a obligation d'assurer ou de concourir à la prévention, l'enseignement et la formation, la recherche, la qualité des soins et la sécurité sanitaire

[1] http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf P : 02-adapter-

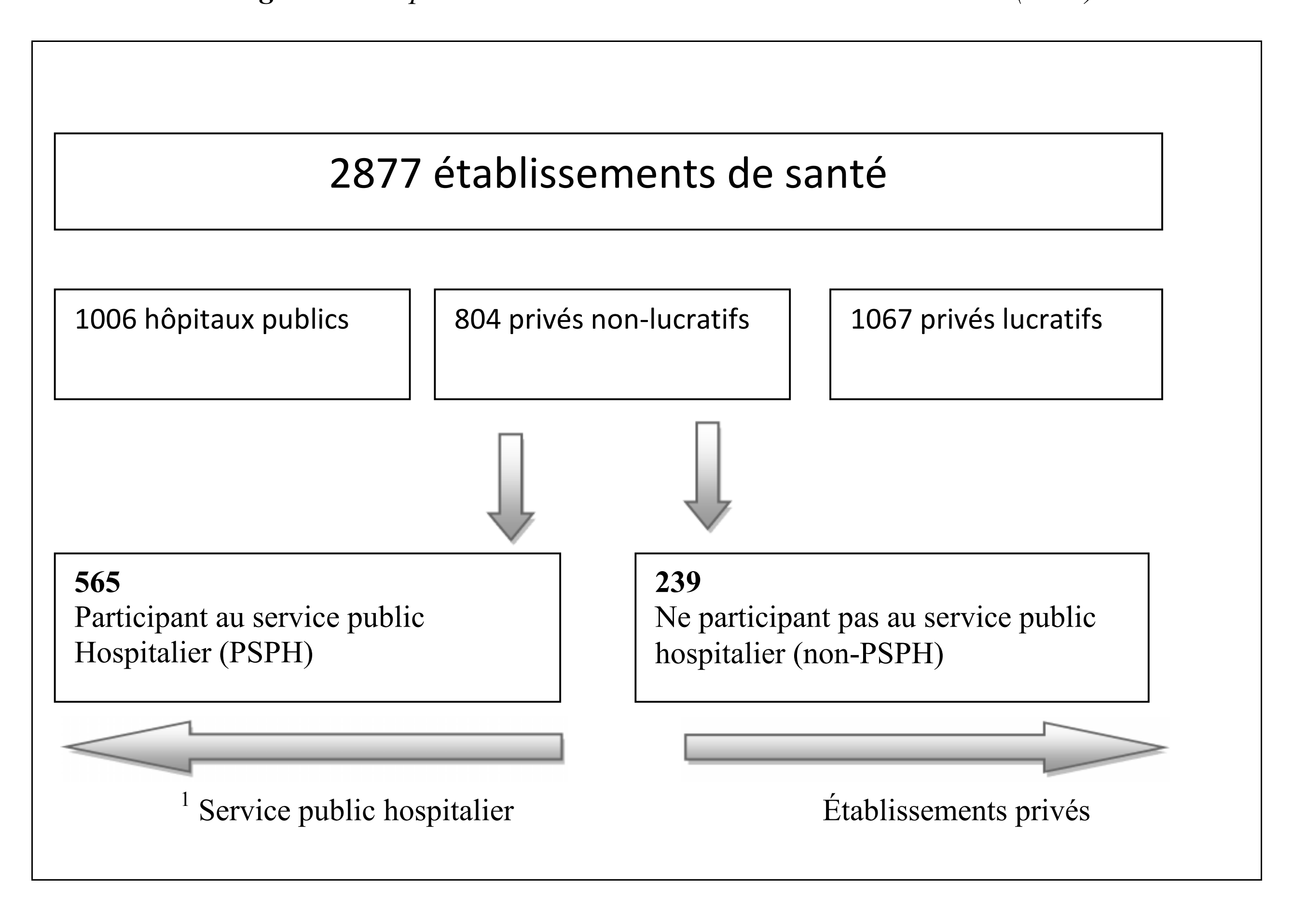
- *les associations* :

L'association comme forme de groupement diffère de la société, est une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activités ;

- les congrégations religieuses ;
- les établissements gérés par les mutuelles et les organismes de sécurité sociale ;
- [1]les centres de lutte contre le cancer ou la lutte contre le SIDA : ces établissements ont pour objet :
  - ✓ le dépistage, l'examen, l'hospitalisation et le traitement des malades.
  - ✓ la surveillance prolongée des résultats thérapeutiques.
  - ✓ Les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer ou le SIDA.
  - ✓ La délivrance de soins palliatifs pour les patients dont l'état le requiert.

[1] Le SIDA EN Alg2rie »stop SIDA , revue bimestrielle de formation et d'information et zadpharma,JMP-Algérie, N03, janvier/février 2009,P,04

Figure 1-1: *répartition des établissements de santé en France (2006)*



Source : http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf ,P, 03

[1] Le Service public hospitalier (SPH) est un type particulier de service public français exerçant une mission d'intérêt général. La notion de *Service public hospitalier* a été introduite dans le droit français par la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970

1-5 la demande et l'offre des soins au cœur d'un système de santé :

[1]Toute population aspire à la santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation chargé de répondre à cette demande.

Cette organisation coordonne l'activité des professions de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement des soins .cet agencement complexe appelé *système de santé.*

Chaque pays a organisé son propre système de santé selon ses aspirations historiques, politiques et morales.et l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction du type lego qui comporterait quatre boites de pièces :

- *Boite 01 (l'offre de soins)* : elle contient un certain nombre de pièces pouvant se combiner entre elles ;
- *Boite 02 (financement)* :
- *Boite 03 (demande de soins)* ;
- *Boite 04 (pièces de liaison)* : elles permettant de relier les pièces des trois boites précédentes.

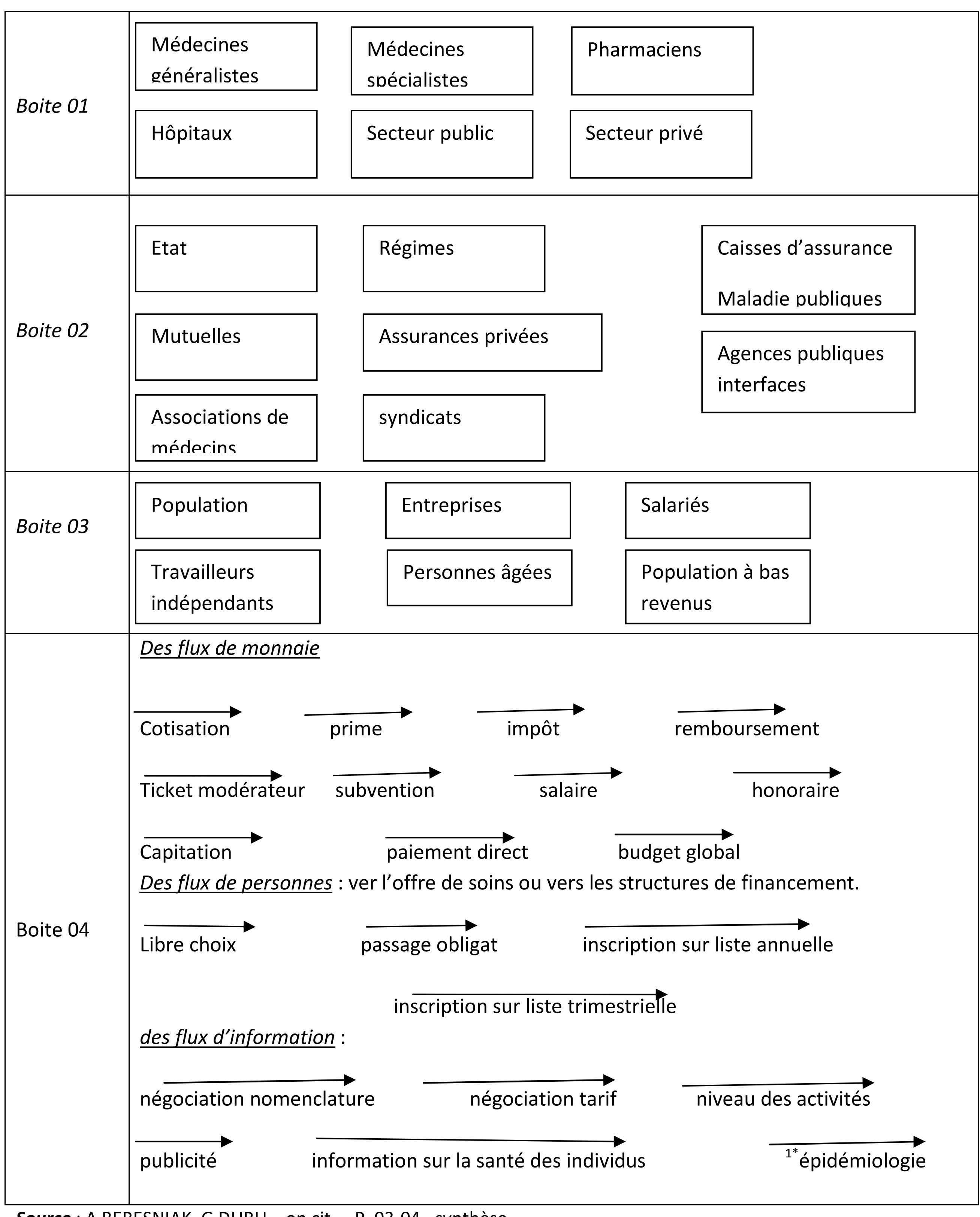
Mettre en place un système de santé, c'est réaliser un « montage » avec les pièces contenues dans chacune de ces boites .ce « montage » doit respecter un certain nombre de conditions : Satisfaction des besoins ; accessibilité du plus grand nombre aux soins ;Solidarité ;Respect des équilibres financiers ;équité ;règles éthiques, etc.

La figure suivante présente les quatre boites composées le système de santé :

---

[1]A BERESNIAK, G DURU, 2001 , *économie de la santé* , édition Masson ,Paris, 5e édition , P ,03-04 –adapter-

***Figure 1-2** : les composantes d'un système de santé*



Source : A BERESNIAK, G DURU, op cit , P ,03-04 –synthèse-

[1] * l'épidémiologie est la science qui permet de mesurer les répartitions des maladies dans les populations, de rechercher des relations éventuelles entre les maladies et certaines caractéristiques des individus, et de mesurer l'offre de certains facteurs sur la santé de ces individus ;

1-5-1le diagramme de système de santé français :

Voici par exemple le système de santé français :

***Figure 1-3** : le système de santé français*

Cotisation
Entreprises
Sécurité sociale
Famille
Vieillesse
Impôt
maladie
Subvention
Etat
Cotisations
Remboursement
Population
tiers payant
Offre
Accès libre
Paiement
Primes
remboursement
mutuelles
Assurances privées
Secteur libéral
secteur public

Source : A BERESNIAK, G DURU op cit , P : 26

1-5-2Les caractéristiques du système de santé français:

- Le système de santé français tente de concilier les principes du libéralisme et ceux de la solidarité à travers un système de financement socialisé.
- Le financement du système de santé est assuré pour la plus grande part par la sécurité sociale, des assurances complémentaires, l'état et aussi par les ménages.
- Les recettes de la sécurité sociale proviennent essentiellement des employeurs et des assurés, et pour une partie des subventions de l'état.
- L'assurance maladie constitue une des branches de la sécurité sociale, qui en comporte quatre : maladie, famille, vieillesse et accident de travail. Elle est constituée de différentes caisses ou régimes caractérisées par l'activité professionnelle de leurs adhérents : salariés (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés « CNAMTS »), travailleurs agricoles (mutualité sociale agricole « MSA »), travailleurs indépendants et artisans, mineurs, etc.
- L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. Ce dernier se répartit en hôpitaux privés à but non lucratif et en hôpitaux privés à but lucratif.

1-6 les personnels des établissements de santé :

[1]Deux catégories de personnels sont présentées au sein des établissements de santé que ce soit publics ou privés : les personnels médicaux et les personnels non-médicaux.

Cette séparation qui n'est pas uniquement le reflet du partage technique des tâches au sein des structures de soins, à des origines historiques et sociologiques lointaines .Elle est consacrée au plan juridique et administratif par la différence des statuts et des modes de gestion qui s'appliquent à ces deux catégories de personnels.

1-6-1 les personnels médicaux :

Les catégories de personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont : médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens. Ayant la qualité de titulaires, contractuels ou attachés.

A la différence du personnel non-médical, ils sont soumis à une pluralité de statuts, ce qui rend leur gestion complexe.

Ces statuts édictent des règles différentes selon la nature de l'établissement où ils exercent (CHU ou centre hospitalier), et au temps qu'ils consacrent à leurs fonctions (temps plein ou temps partiel).

---

[1]M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, op cit, P, 205206

- *L'exclusivité des personnels médicaux de CHU* :

[1]Les membres du personnel enseignant et hospitalier assurent une triple fonction d'enseignement (formation initiale et continue), de recherche et de soins.ils relèvent simultanément de deux établissements publics distincts (l'université et l'établissement de santé) , et exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière.

1-6-2 les personnels non-médicaux :

[2]Sont des personnels techniques, personnels médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux, personnels des services de soins, sage femmes, psychologues, aides soignants, agents des services hospitaliers, et autres personnels secondaires des services médicaux, infirmiers spécialisés, personnels d'encadrement du personnels soignant, autre personnel administratif, personnels de direction, etc.

---

[1] M DUPONT, C ESPER, C PAIRE, op cit P ,207-213
[2] www.chu-caen.fr/pagemodele.php?idpage- adapter-

Section 02 : *le service sanitaire*

2-1Le continuum bien-service :

Lorsque l'on se penche sur le secteur des services, il est surprenant de constater que : malgré son importance, le domaine des services est, l'un des plus délicats à explorer, parce que ces frontières elles-mêmes posent problème ;

Il existe un continuum entre biens et services, en ce sens que les offres sont généralement des associations de biens et des services.

Le tableau ci-dessous regroupé l'ensemble des services et des biens en quatre catégories : les services à faible composante matérielle, les services à forte composante matérielle, les biens à faible composante de service et enfin les biens à forte composante de service.

Tableau 1-1 : la combinaison bien-service

Service à faible composante matérielle	Service à forte composante matérielle	Bien à faible composante de service	Bien à forte composante de service
Médecine générale	Location de voiture	Essence en libre service	Téléphone
Coiffure	Transport aérien	Confiture	Télévision
Enseignement primaire et secondaire	Hôtellerie-restauration	Lessive	Ordinateur
Agence de travail intérimaire	Médecine hospitalière	Fournitures de bureau	automobiles

Source : J LENDREVIE, J LEVY, D LINDON,2006, *Merkator* , édition Dunod ,Paris, P ,952

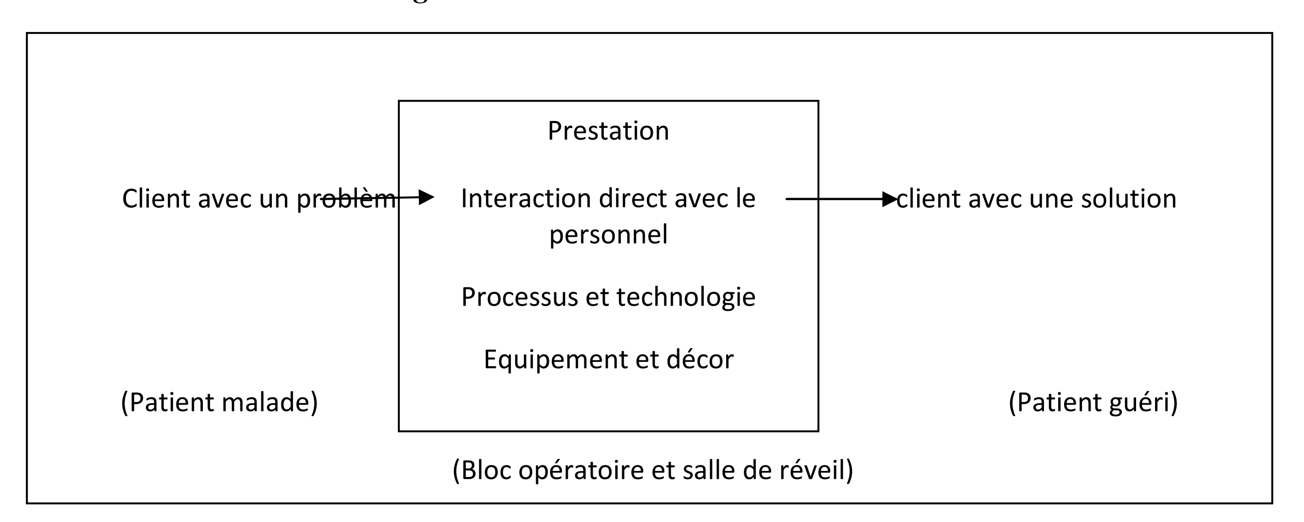
2-2Essais de définition :

[1]« Un service est une activité ou série d'activité de nature plus ou moins tangible, qui normalement mais non nécessairement, prend place dans les *interactions* entre les consommateurs et un employé de l'entreprise de service, et/ou des biens et ressources physiques et/ou des systèmes de fournisseur de service, et qui est proposé comme solution aux problèmes du consommateur ».

[2]« Un service est une série d'activités qui normalement donnent lieu à *interaction* entre le client et les structures, les ressources humaines, les biens et les systèmes qui sont fournis en réponse aux besoins du clients ».

Cette définition met en évidence les trois composantes de l'activité de service : le personnel, les moyens et les systèmes.

Figure 1-4 : le front office de service



Source : J TEBOUL, 2002, *le temps des services*, édition d'organisation,Paris-4e tirage , P,21-adapter-

1 M ZOLLINGER , E LAMARQUE,2008 , *marketing et stratégie de la banque* , édition Dunod, Paris,5e édition , P, 08

2 J TEBOUL, 2002, *le temps des services* , édition d'organisation ,Paris, 4e tirage, P,21

[1]«Un service est une action ou une prestation offerte par une partie à une autre. Bien que le processus puisse être lié à un produit physique, la prestation est transitoire, souvent intangible par nature, et ne résulte pas normalement de la possession de l'un des facteurs de production »

2-3les composantes importantes de service global :

Généralement, quatre composantes entrant à des degrés divers dans les offres de service :

2-3-1 une compétence spécialisée :

[2]Les entreprises des services ne sont pas seulement en concurrence entre elles, mais aussi avec leurs propres clients (le restaurant avec la maitresse de maison).Et pour réussir à pénétrer de tels marchés, l'entreprise de service doit faire mieux et/ou à moindre cout à moins qu'elle ne compense
les incapacités de son client.

Dans ce type d'activité, il s'agit en somme de prouver que l'on peut apporter au client davantage de bénéfices que ce qu'il obtiendrait en prenant lui-même en charge les opérations.

2-3-2 la création de contacts et de relations sociales :

Une autre fonction tient à l'innovation dans les relations entre les clients ou d'autres sources de valeur. Cette innovation joue sur des liens nouveaux, ou sur des liens classiques appliqués à de nouveaux contextes. C »est ce que font les banques ou compagnies d'assurances chacune à leur façon « l'avenir réserve de nombreuses opportunités à ceux qui auront des nouvelles idées ».

---

[1] C LOVELOCK , J WIRTZ, D LAPERT, A MUNOS ,2008,*marketing des services*, édition Pearson ,France, 6e édition P :12

[2] R NORMANN, 1994, le management des services, interdictions, Paris, P,76-77

2- 3-3 le transfert de savoir-faire :

L'entreprise de service dont le rôle essentiel est d'apporter une technicité ou des capacités de traitement, n'existe que parce qu'elle détient un avantage relatif .la nature de cet avantage tient à une compétence ou à un savoir-faire spécifique.la maitrise de compétences, l'accès à une organisation administrative d'envergure ou à une technologie de pointe exigeant d'opérer à grande échelle, sont autant d'atouts que ne possède pas le client.

De telles entreprises ne sont viables que dans la mesure où le client n'a pas l'avantage pour une compétence ou un savoir-faire donnés. Cette situation met l'entreprise de service face à un dilemme : vaut-il mieux combler cette lacune en fournissant le service ou en apportant son savoir-faire ?

[1]L'exemple de la banque permet d'illustrer ce point. En effet, de nombreuses banques ont prospéré parce que leurs clients industriels s'intéressaient peu à la stratégie financière ou à la gestion de trésorerie, ou ne maitrisaient pas ces questions .cette incompétence ou méconnaissance de la part des clients profitait aux banques qui leur vendaient facilement des services financiers ;

2-3-4 le management et l'organisation en tant que prestation :

de nombreuses entreprises en viennent à proposer des systèmes de gestion plutôt que des services stricto sensu (un service de gestion d'hôtel, des systèmes de traitement des déchets, un service de nettoyage des hôpitaux) ;

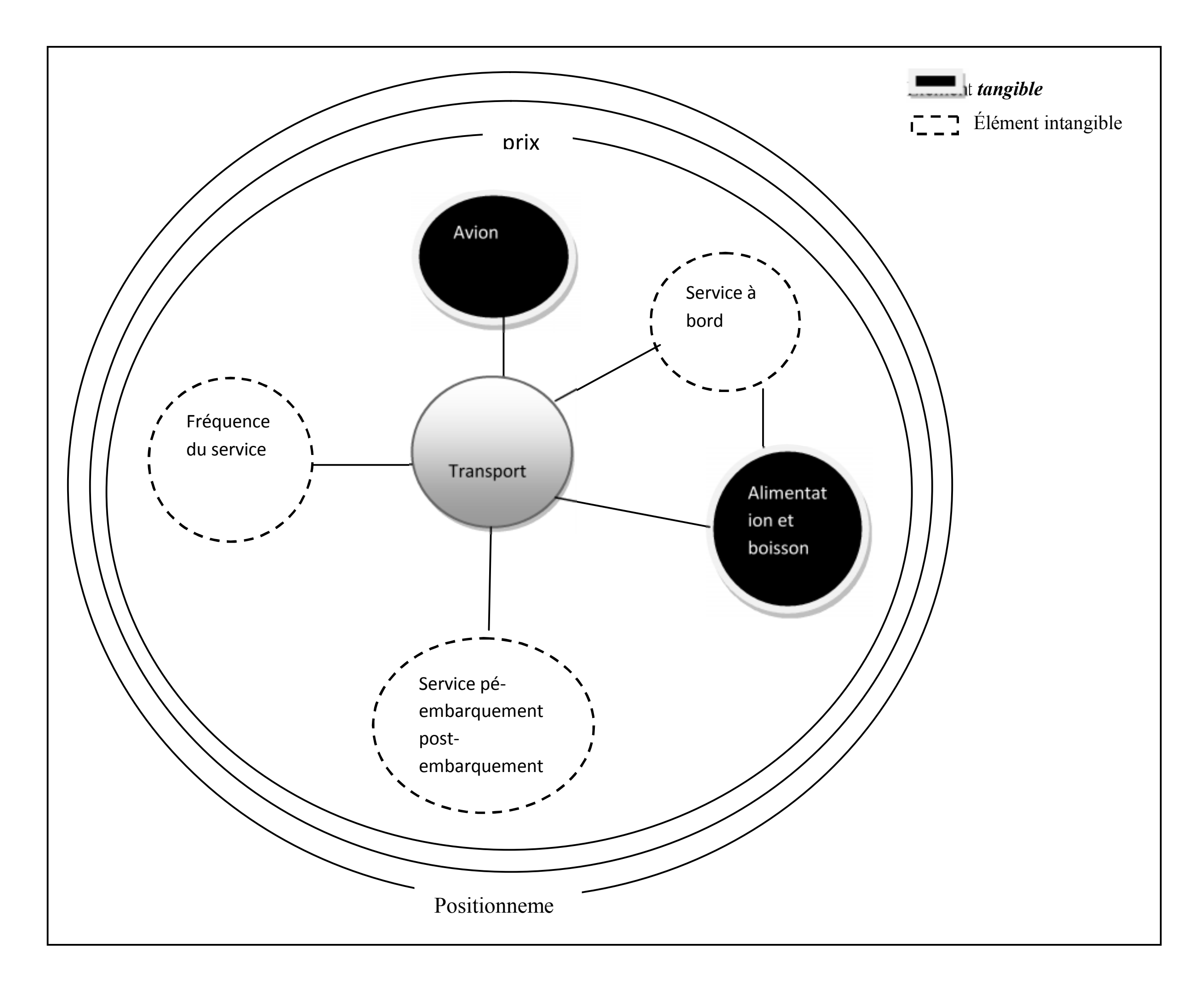
[1] [1] R NORMANN ,op cit, P,78-79

2-4 l’offre globale : une inclusion entre service de base et services supplémentaires :

Le service global possède deux niveaux essentiels : le service de base (une réponse au besoin primaire du client, par exemple besoin de soins), et les services supplémentaires (éléments de différenciation par rapport aux concurrents, pour réaliser un avantage concurrentiel).

Plusieurs modèles décrivent le produit global dans un contexte de service ; le modèle moléculaire, développé par Lynn SHOSTACK, utilise une analogie avec la chimie pour représenter et gérer « une entité totale de marché ».

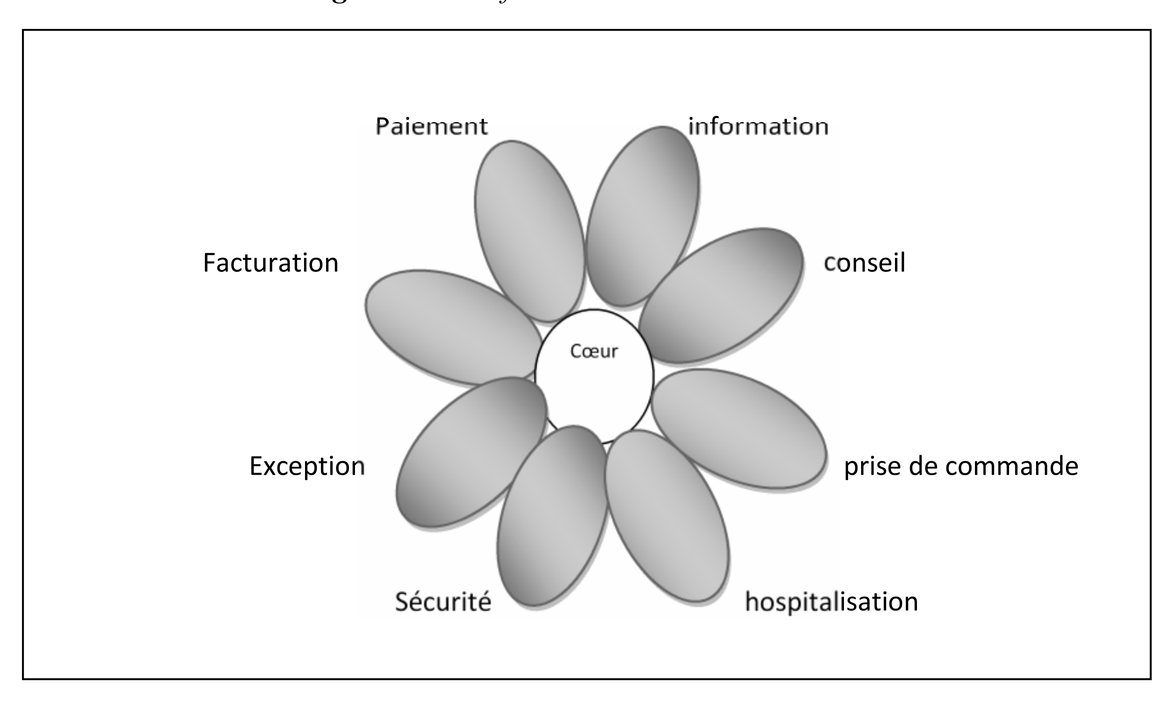
Figure 1-5 *: le modèle moléculaire, service passager d’une compagnie aérienne*



Source : D LAERT, 2005, *le marketing des services* , édition Dunod, Paris, P ,33

La figure ci-après présente ce qu'on appelle « fleur des services », dont les services supplémentaires sont placés autour de service central, et dans l'ordre dans lequel les clients y sont en général confrontés.

Figure 1-6 *: la fleur des services*



Source : *marjolaine-matray.fr/.../les specificites du_mkg_des_services.pdf P : 08*

2-4-1service facilitant :

2-4-1-1l'information :

L'utilisation d'un bien ou un service nécessite d'avoir accès à des informations, en particulier les nouveaux clients et les prospects.ils veulent connaitre le lieu de vente et la livraison du service, les horaires, les prix, les instructions d'utilisation, etc.

Les informations fournies par les entreprises doivent être exactes, claires et compréhensibles, elles sont prioritairement fournies par les employés à condition que ceux-ci soient bien informés, ou bien, par d'autre moyens tels que : les cassettes vidéo, les logiciels de démonstration, les bornes interactives, les messageries vocales et les sites internet, etc.

2-4-1-2la prise de commande :

[1]Lorsque les clients sont disposés à acheter, alors en utilise en service supplémentaire : la prise en compte des demandes, les réservations et les commandes.

Le processus de commande doit être courtois, rapide et efficace pour que les clients le trouvent aussi agréable que possible.

Grace aux nouvelles technologies de l'information qui peuvent être utilisées, la prise de commande doivent plus rapide et plus facile tant pour les prestataires que pour les clients, une démarche importante pour les entreprises qui doivent obtenir de leurs clients potentiels, un ensemble d'informations pertinentes sur eux, afin de voir quels sont ceux qu'elles peuvent accepter et ceux qui ne répondent pas aux critères d'acceptation

(Problème de sécurité sanitaire au moment de transfusion sanguine par exemple).

2-4-1-3Facturation :

Tous les services marchants donnent lieu à facturation .des facteurs inexactes, peu lisibles, incomplètes ou incompréhensibles risquent de mécontenter les clients qui étaient jusqu'à ce moment plutôt satisfaits de leur expérience, et d'accroitre le mécontentement des clients déjà insatisfaits.

2-4-1-4Les conditions de paiement :

le paiement implique dans tous les cas un acte de la part du client : élaborer un chèque, donner de l'argent liquide, les prélèvements bancaires, la carte de crédit.

[1] D LAERT , op cit, P,37-39

2-4-2Service de soutien :

2-4-2-1Le conseil :

[1]Le conseil est un service de soutient qui est fait pour influencer nos jugements. Un conseil efficace requiert une réelle compréhension de la situation de chaque client, avant de suggérer une action à entreprendre.

Les conseils peut aussi prendre des formes plus élaborées impliquant d'aider les clients à mieux comprendre leur propre situation de façon à ce qu'ils puissent trouver eux mêmes leur propre solution, ainsi que leurs propres programmes d'action (des services à la santé).

2-4-2-2 L'hospitalisations :

L'hospitalisation doit prioritairement prendre en compte le confort de la personne .à cet objectif, l'entreprise propose un espace aménagé avec des sièges, des distractions (télévision, journaux, magazines, etc), des prestataires naturellement chaleureux, accueillant et soucieux de bon contact avec le client aide à créer une atmosphère hospitalière agréable.

2-4-2-3 la sécurité :

Les entreprises se doivent de fournir un niveau de sécurité suffisant aux clients qui souhaitent que leurs objets, personnels soient surveillés.

Le service de sécurité inclut notamment un service de surveillance des biens et des personnes, éventuellement la surveillance des enfants.

2-4-2-4 les exceptions :

Les exceptions sont une forme de services supplémentaires qui sortent du cadre standard d'une livraison normale, les entreprises prévoyantes anticipent les

[1] D LAERT , op cit, P, 43

exceptions et développent des stratégies permettent de répondre aux événements imprévus et de proposer des solutions.

Il y a différents types d'exceptions :

-[1]*les demandes spéciales* : sont souvent liées à des besoins personnels exceptionnels, respecter un régime alimentaire ou diététique, recevoir des soins médicaux, etc.

Ce type de requêtes spéciales concerne plus particulièrement les services de traitement de la personne.

-*la résolution des problèmes* : elle se présente essentiellement lorsque le processus normal de livraison échoue à cause d'accident, défaut des équipements ou lorsque les clients rencontre des difficultés à utiliser le produit.

-*le traitement des plaintes , les suggestions et les compléments*. :Cette activité doit être facile pour les clients d'exprimer leur insatisfaction, de proposer des améliorations ou de faire des compléments.

-*la restitution* : en cas de problème, les clients s'attendent à recevoir un dédommagement, ce dernier peut prendre la forme de réparation ou d'échange sous garantie, d'accords juridiques, de remboursement, d'offre de services gratuits, etc.

[1] D LAERT , op cit, P,44

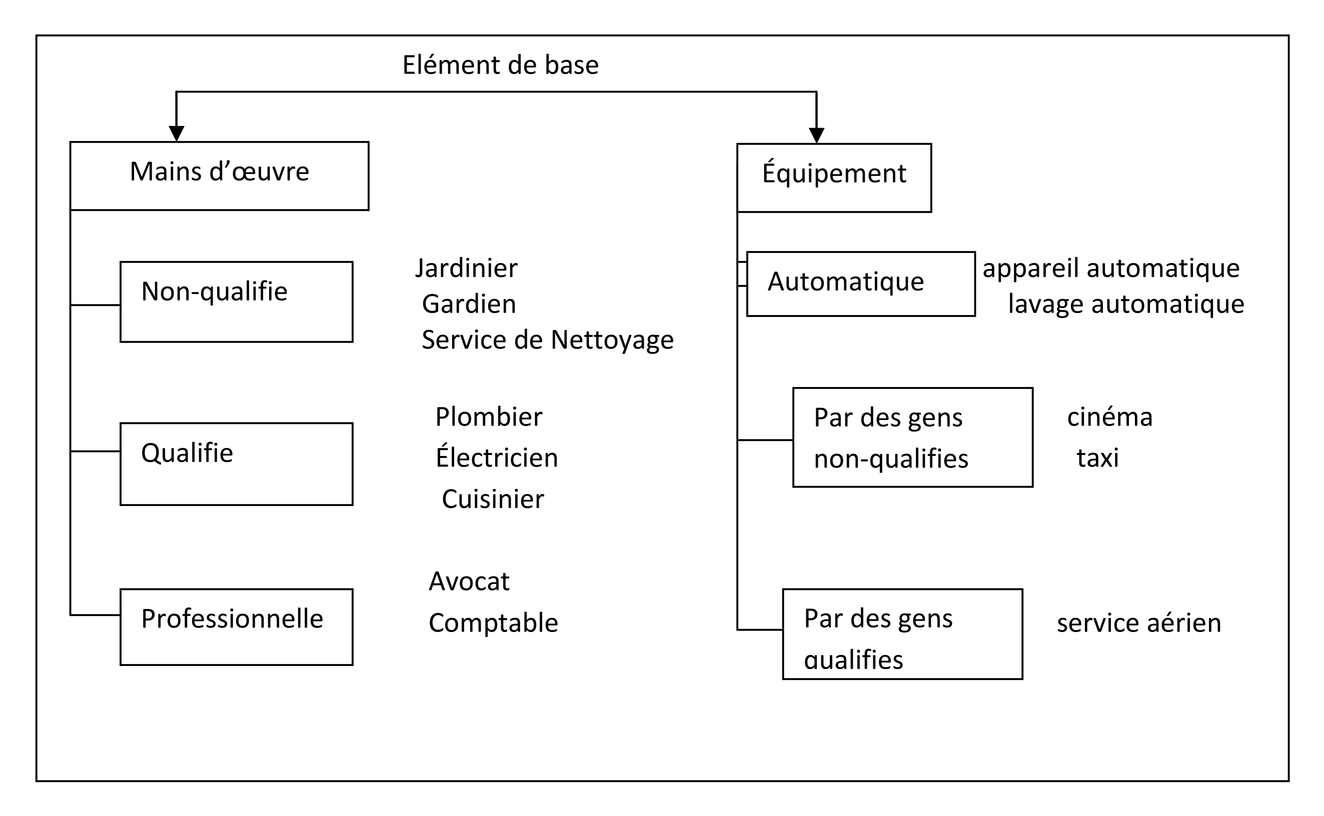
2-5Classification de service :

Le service peut être classifié selon plus qu'un seul critère, et parmi ces critères il y a :

2-5-1Classification selon les éléments de base des services délivraient :

À travers les principaux éléments qui dépendent au fournisseur du service, la figure suivante représente deux grandes catégories de service.

***Figure 1-7** : les deux catégories de service selon les éléments de base*



Source : N-H ABOUGOMAAH, 2006,*marketing « arab and foreing perspectives* » the(ad) arab administratie development organisation ,egypt, P,280-adapter-

2-5-2Classification selon le besoin d'un service client en présence :

[1] Il y a des services qui exigent la présence des clients (psychiatre ou dentiste.etc), Alors cette présence du client lors de la délivrance de service conduite à donner l'importance au service client par exemple : le coiffeur fournit ces services avec la présence du client, pour cela ,il doit faire attention au besoin de client ,et faire des modifications selon leurs désires, par ailleurs, il doit avoir un décor attirant dans leur magasin, des magasines ou des journaux disponibles pendant l'attente des clients .

D'autre services ne nécessitent pas la présence des clients (réparation de voiture, réparation éléctronique.etc).

2-5-3Classification selon l'objectif de service :

Les services doivent être classifiés selon les objectifs de son fournisseur : des services délivrés pour gager des bénéfices, et des services délivrés pour achever d'autres services.

Les organisations qui délivrent le 1er type des services généralement appartient à des organisations privés (secteur des hommes d'affaires).en revanche, les organisations qui fournissent le 2e type des services (non-profit) sont généralement appartient à des organisations du secteur public ou bien des organisations volontaires (association de la lutte contre le cancer).

[1] N-H ABOUGOMAAH, P, 281-adapter-

2-5-4Classification selon le champ d'activité :

[1]FISK et TANSUBAJ ont classé les services des organisations en dix grands catégories :

- *Services de soins et de santé* : hôpitaux publics, cliniques privés.etc
- *Service d'accueil, de tourisme et de voyage* : hôtels, restaurants, compagnies aériens et les agences de voyage.etc.
- *Service financier* : banques, compagnies d'assurance, courtier..
- *Service professionnel* : comptabilité, architecture, ingénierie..
- *Sports, arts et service de loisir* : baseball, basketball, football, opéra, baller, théâtre, concerts de rock, cirque.etc.
- *Service de distribution* : transport maritine.etc.
- *Service de l'éducation et de la recherche scientifique* : l'enseignement aux différents établissements scolaires, écoles primaires, lycées, universités, les instituts de recherche .etc.
- *Service de télécommunications* : radio, télévision, téléphone, satellite, internet.etc.
- *Service de réparation et de maintenance* : automobile : service de plambier.etc.
- *Service gouvernemental et quasi- gouvernemental* : service policier et de la sécurité, marketing politique.etc.

[1] R FISK ; S GROVE,J JOBY ,2000, *interactive services marketing* houghton mifftin company Boston,new york, P,08-09 - traduire-

2-6 le service sanitaire :

2- 6-1 définition :

Le service est une réponse aux besoins et exigences des clients. Et à ce contexte, Les établissements sanitaires présentent une gamme des services regroupés en deux grandes catégories :

-service sanitaire de soins :

[1]il s'agit à tous les services sanitaires liés directement à la santé de l'individu, il inclut le service de diagnostic, service thérapeutique, service de soin (soit un soin ambulatoire ou hospitalier), service chirurgicales, service de garde sanitaire, service d'obstétrique, rééducation

-*service de prévention* :

[2]ce type est lié à la santé de l'individu d'une façon indirecte par la prévention de l'être-humain, il concentre sur la santé de la société en générale à travers les activités de la lutte contre les maladies contagieuses, épidémique, et contre les effets négatives des individus et des projets sur l'écologie et l'être-humain, son oublier aussi les services de l'éducation, d'apprentissage et de l'orientation sanitaire.

---

[1] طلغت الدمردش, 2006, اقتصاديلا لبخدمة الصحية, مكتبة القدس, مصر , الطبعة الثانية, ص,126

[2] زكي خليل المساعد, 2005, تسويق الخدمات و تطبيقاته, دار المناهج, عمان, ص,291

2-6-2 quelques caractéristiques de service sanitaires :

- [1]La présence de l'intéressé est nécessaire ;
- Le service sanitaire est disponible pour ce qui est besoins ;
- Le service sanitaire est produit et consommé sanitaire est simultanément ;
- La demande de service sanitaire est varie par le temps, selon plusieurs critères par exemple l'âge (un nouveau née, jeune homme, vieux homme) ou bien aussi l'émergence de nouvelles maladies dans des périodes précises (les intoxications au moment d'été) ;
- Le service sanitaire engendre une forte communication entre le prestataire (personnel médical/paramédical) et le bénéficiaire (le patient/sa famille) ;
- Le service sanitaire est un droit pour tous (principes de service public) ;
- Le service sanitaire est un devoir humain et social avant tout sans prendre en compte les obstacles religieux, la racine, l'âge, le sexe, le niveau de vie (notamment pour les établissement sanitaires publics) ;
- La qualité des services sanitaires est importante et jugée par l'opinion des patients ;

2-6-3 le service public :

2-6-3-1 les services publics, approche s économiques et enjeux sociaux :

[2] Les services publics concevraient largement la population dans sa vie de tous les jours : école, santé, transport urbain et ferroviaire , collecte des déchets, électricité et distribution de l'eau, activités culturelles, qualité de l'air ,etc.

Les différentes activités de service public prélèvent une partie importante des ressources économiques du pays, où les services publics sont des investisseurs, des consommateurs, des producteurs et des employeurs de premier plan.

- [1]صلاح محمود دياب,2009, إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة, دار الفكر, الاردن, الطبعة الاولى, ص,35

[2] P MASNE, 2007, <u>les services publics</u> édition PUR « DIDACT économie »,France, P ,07-08

Au -delà des tâches techniques qu'ils remplissent, les services publics jouent un rôle pour s'opposer à la pauvreté, promouvoir l'égalité des citoyens et combattre les inégalités.ils sont le centre d'enjeux sociaux importants ;

Et depuis une vingtaine d'années, des changements importants sont intervenir au sein des services publics avec les privatisations.les alternatives possibles sont présentées selon que l'état exerce lui-même le service public ou le délègue à une entreprise privée. Les privatisations des dernières années ont été menées en faisant l'hypothèse qu'un service public délégué à une entreprise privée est plus efficience que celui effectué directement par une institution publique.

2-6-3-2le service public, essai de définition :

[1]« Le service public est un service si important pour la vie économique, sociale et politique d'une société que l'état intervient pour l'organiser ou le réglementer .il relève aux notions d'intérêt général ([2]par exemple le service social d'intérêt généal. « SSIG », il s'agit de service à la personne conçus pour répondre aux besoins vitaux de l'homme, il joue un rôle de prévention et de cohésion sociale), d'utilité publique, de droit des citoyens ou des usagers ».

- *Définition est donnée par des juristes* :

« Relève du service public toute activité dont l'accomplissement doit être assuré, réglé et contrôlé par les gouvernants parce que l'accomplissement de cette activité est indispensable à la réalisation et/ou développement de *l'interdépendance sociale, et qu'elle est de telle nature qu'elle ne peut être réalisée complètement que par l'intervention de la force gouvernante » (le justice Léan DUGUIT).

---

[1] P MASNE, op cit p : 08-09

[2] P THIEfRY ; « une année en demi-teinte pour les services sociaux d'intérêt général » ADJA Dalloz édition ,Marceille,4 février 2008 N °4/200/8, P ,177

* on parlerait aujourd'hui de cohésion sociale, permet d'insister sur la dimension sociétale du service public ;

- *Définition est donnée par des économistes* :

Quelques économistes insistent sur le rôle des services publics par rapport au système économique dans son ensemble. Un hôpital est destiné à soigner les malades, une école à éduquer des enfants. mais au-delà de leurs tâches fonctionnelles, les services publics sont également les institutions destinées à remédier à un certain nombre de carences du système économique, en luttant contre l'insuffisance de la demande globale, ou en prenant en charge des tâches utiles à la société mais

non-rentables : l'hôpital est tant que service public, permet à un malade d'être soigné même s'il n'a pas de quoi payer.

2-6-3-3 les différents domaines des services publics :

[1]Les services publics concernent des activités du secteur secondaire et surtout du secteur tertiaire et notamment le secteur social.

Certains services publics sont marchants (énergie ou distribution d'eau) et d'autres sont principalement non-marchants (éducation, justice ou police, etc.) .dans certains services publics principalement non-marchants, comme la santé, une partie non négligeable de la consommation reste à la charge des ménages (médicament, bilan des analyses hors l'hôpital).

On distingue souvent quatre grandes catégories s de services publics :

- ✓ *Les services publics régaliens (souveraineté)* : regroupent la justice, la police, la défense, la représentation nationale à l'étranger (ambassades).l'état n'existe pas sans ces fonctions essentielles.
- ✓ *Les services publics de l'état providence* : concernent l'éducation, la santé et la protection sociale, les sports et la culture, ainsi que le logement et la protection de l'environnement ;

[1] P MASNE, op cit p :09

- ✓ *Les services nationaux de réseau* : concernent des activités de l'énergie, des communications et des transports ;
- ✓ *Les services publics locaux* : sont assurés par les collectivités locales, communes, département, régions ;

2-6-3-4 les principes généraux concernant les services publics :

Divers principes juridico-économique s'appliquent aux services publics :

- [1]L*e principe de continuité du service* :aller aux urgences à tout moment:
- *Le principe d'égalité des citoyens devant le service public* : en interdisant toute discrimination (chacun soit traité de façon identique quelles que soit son origine et sa situation sociale) ;
- *Le principe de neutralité* : les services publics fonctionnement en vue de l'intérêt général et non des intérêts particuliers, ce principe réalise l'universalité du service;
- *Le principe d'adaptation du service public à l'évolution de l'intérêt général* : l'adaptation de nouveaux besoins ; l'intérêt général conduit à des nouveaux services publics ou bien des modifications techniques par exemple la disparition du bain-douche à cause de l'apparition des douches dans les logements.
- *Le principe de gratuité* : qui peut exister dans certains cas, comme celui de la vaccination des enfants;
- *Le principe de transparence* : c'est aussi bien le droit d'accès aux documents administratifs par exemple le patient a le droit de voir le dossier infirmier et tous ce qui concerne leur état de santé dans un établissement ;

---

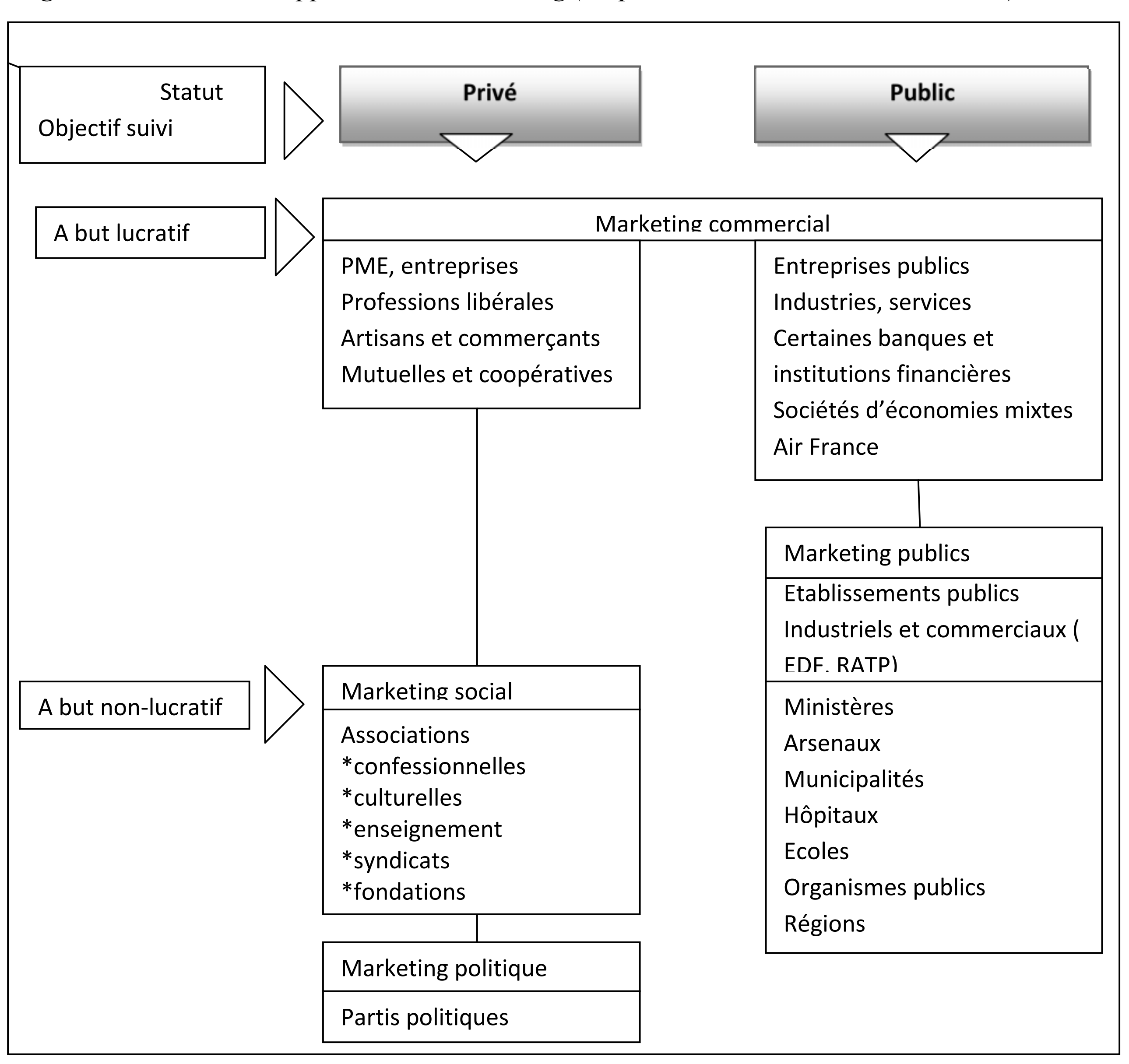
[1] N KAID-TLILONE, « le service public local : un élément de stratégie de développement durable » les cahier de MECAS , université de Tlemcen ,Algérie, N°3 avril 2007 P :115-116 – adapter-

Section 03 *: le service sanitaire, et la combinaison (marketing, santé) :*

3-1 l'extension du marketing :

Le marketing apparait aujourd'hui dans de nombreux secteurs, on parle volontiers de marketing des services dans le secteur marchant, le marketing des services publics dans le secteur des organisations à but non lucratif, ou encore de marketing politique.

Figure 1-8 *: secteurs d'application du marketing (d'après HERMEL et ROMAGNI 1990)*



Source : P COUTELLE- BRILLET, V DES CARETS,2004, marketing « de l'analyse à l'action », Pearson édition, et e-node France, P,,229

3-2 marketings des services publics :

[1] Deux démarches ont récemment été importées dans le secteur des services publics, *le marketing* et *la qualité*. Elles sont complémentaires, car, elles représentent un état d'esprit qui conduit à placer l'usager ou le client au centre des préoccupations du service (rares sont aujourd'hui les organisations privées ou publiques, qui n'ont pas placé le client au cœur de leur processus marketing et qui n'utilisent pas au moins quelques-unes des méthodes et des techniques d'écoute les clients).

Les deux démarches visent également la satisfaction du client, dont la démarche marketing est plus tournée vers l'extérieur que la démarche qualité, qui ne peut exister sans elle puisqu'il s'agit de mieux répondre aux besoins des clients.

QUATREBARBES a proposé la définition suivante du marketing de service public

«[2] Le marketing de service public est défini comme étant un art de promouvoir des prestations mettant en œuvre des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées en apportant au débat démocratique et à la décision politique […]»

---

[1] D GOTTELAND, 2005, l'orientation marché « nouvelle méthode, nouveaux outils », édition d'organisation, Paris, P, 19-adapter-

[2] P COUTELLE- BRILLET, V DES CARETS, op cit, P, 233

3-3 Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing :

3-3-1 Avant : réticence vis-à-vis du marketing

Le marketing primordial dans d'autres secteurs d'activités, est longtemps resté secondaire dans le secteur de la santé .les principales raisons en sont les suivantes :

- [1]*Particularités du marché de la santé* ***:***

a-Dissociation entre paiement et consommation:

Sur le marché de la santé, les coûts sont, en grande majorité, pris en charge par la collectivité et non pas par les clients. En effet, le client contribue de manière indirecte au financement par l'intermédiaire des impôts, des cotisations ou des primes d'assurances.

Le caractère obligatoire du paiement et la dissociation entre paiement et consommation font que le patient n'est pas véritablement concerné par le prix de ce qu'il consomme.

b-*Asymétrie de l'information* :

L'usager est ignorant de ses véritables besoins, il ne connait ni la quantité ni la qualité du bien qu'il veut ou qu'il doit consommer. Il ne peut pas vraiment intervenir dans des décisions et orientations thérapeutiques, en raison de sa sous information.

[1] D Koutaissoff, MARKETING ET COMMUNICATIONDES ETABLISSEMENTS SANITAIRES VAUDOIS ANALYSE ET POSITIONNEMENT DEs SERVICES DE MATERNITE, Lausanne, Juillet 2005 ,P,07

➢ *Ethique* :

Le marketing est souvent perçu comme le moyen de vendre n'importe quoi à n'importe quel prix.il se résumerait à des techniques de manipulation dont le seul objectif est la recherche du profit.

La santé n'étant pas un bien comme un autre, le corps médical est souvent réticent au marketing considérant qu'il réduit la dignité de la profession médicale.

➢ *Obligation en vigueur* :

La législation vaudoise est relativement stricte en matière de publicité. En effet, elle interdit aux professionnels de la santé de faire de la publicité.

En revanche, pour les établissements sanitaires, la publicité est autorisée pour les prestations hospitalières, mais interdite pour les soins ambulatoires(loi vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique).

3-***3-2 aujourd'hui : reconnaissance de l'importance du marketing*** :

La reconnaissance de l'importance du marketing est relativement récente. En effet, la marketing s'est développé dans les établissements sanitaires au milieu des années 1980, en voici les principales raisons :

➢ *L'orientation vers le client* :

La mission fondamentale d'un établissement sanitaire est de soigner ses patients, il est pourtant aussi indispensable que le patient soit satisfait des soins qu'il a reçu.

En effet, même si le patient ne peut pas toujours bien juger de la qualité des soins obtenus, il porte cependant toujours une opinion sur la structure de soins qui l'a accueille. Cette opinion positive ou négative, est [1]importante pour

[1] D Koutaissoff, MARKETING ET COMMUNICATIONDES ETABLISSEMENTS SANITAIRES VAUDOIS ANALYSE ET POSITIONNEMENT Des SERVICES DE MATERNITE, Lausanne, Juillet 2005 ,P,08

l'établissement en question, car le patient détient une liberté de choix (choix de fournisseur et de l'établissement dans lequel il souhaite se faire soigner), sa décision s'effectue, le plus souvent, sur des informations transmises de bouche à oreille ou sur le conseil du médecin traitant , alors, la réputation de l'établissement devient un élément clé.

L'approche marketing va permettre aux établissements sanitaires d'étudier les besoins des patients de manière à les satisfaire, et par là, d'améliorer leur image.

- *Une forte concurrence* :

La concurrence existe et s'accroit même au sein de l'appareil de distribution des soins, si les médecins parallèles concurrencent les médecins traditionnels, la clinique concurrence l'hôpital, les hôpitaux se font concurrence entre eux, et les cliniques également. A l'intérieur de l'établissement sanitaire, un discipline rivalise même avec une autre.

Cette croissance de la concurrence est liée à la surcapacité des moyens de production de soins. D'autre part, le patient, qui devient de plus en plus exigeant, s'organise et s'informe, il met lui-même les établissements en concurrence en comparant les prestations offertes, en accordant souvent une prépondérance aux arguments de confort.

- *La maitrise des dépenses de santé* :

Pendant de nombreuses années, les hôpitaux ont pu ajuster les recettes aux dépenses, cette période de croissance est révolue. le système de protection sociale connait une crise de financement. en absence d'autorégulation du système, les pouvoirs publics s'efforcent de freiner les dépenses de santé.

3-4 l'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé :

[1]L'importance du marketing dans le champ de la santé liée aux plusieurs critères :

- le volume des investissement financiers et humains dans la santé (une somme importante est investie pour la construction et l'aménagement des hôpitaux et des centre sanitaires ;

- la croissance continue des besoins aux services et biens offerts par les entreprises concernées, cette augmentation est liée principalement au développement de la conscience des citoyens ;

- progrès technologique, et l'émergence des nouveaux équipements pour les consultations, des nouvelles techniques pour les interventions chirurgicale –par le microscope) ;

---

[1] محمد ابراهيم عبيدات , جميل سمير دبابيه,2006, التسويق الصحي و الدوائي, دار الوائل, الاردن, الطبعة الاولى ص,18, 19

Conclusion 01 :

[1]L'hôpital est un établissement où l'on soigne les malades, où l'on redonne la vie. Tout le personnel qui y exerce doit s'évertuer à garder le cap sur ce leitmotiv, aussi bien le personnel administratif que le corps soignant. Seulement, sur une même aire géographique, il n'est pas rare de trouver deux ou mêmes trois institutions hospitalières concurrentes. Chacune d'elle doit donc être plus performante afin d'être continuellement attractive et en mesure de fidéliser le patient.

Les professionnels en sciences de gestion, précisément du marketing se sont penchés sur cette problématique.

Ces professionnels ont combinés techniques marketing à l'administration hospitalière. Le substrat produit a été le marketing hospitalier. Contenu dans le marketing des services, le marketing hospitalier est un ensemble de techniques dont dispose une institution hospitalière pour promouvoir auprès de son public des comportements favorables à la réalisation de ses objectifs.

Ces objectifs sont le chiffre d'affaires et l'attractivité de l'hôpital. Notons qu'en marketing hospitalier, l'on ne saurait parler de clientèle, mais plutôt de patientèle. Quant aux variables marketing (Product, Price, Promotion, Place, Probe, Packaging, Perishability), quelques unes d'entre elles mutent. La communication se veut plus institutionnelle que commerciale. Le produit (plutôt le service) se veut fiable, innovant, rapide et à la hauteur du prix. Il est également frappé du secret médical. La distribution est dite directe sans intermédiaire. La force de vente est assimilée au personnel vendeur des caisses et des pharmacies.

---

[1] www.blogg.org/blog-82696-billet-c_est_quoi_le_marketing_hospitalier_____decryptage-1173071.html

Au Cameroun, rares sont les hôpitaux qui disposent d’un service patientèle et marketing. Dans un environnement de plus en plus compétitif, Les dirigeants d’hôpitaux camerounais devraient s’entourer non seulement de médecins mais aussi des mercaticiens, s’ils tiennent à leur pérennité.

Chapitre 02 :
qualité des soins et satisfaction

Introduction 02 :

[1]Le problème de la qualité des soins se pose depuis de très nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés par rapport à d'autres pays équivalents. Et Pour l'OMS, des soins de qualité sont efficaces, appropriés, surs, accessibles, acceptables pour le patient, et les moins coûteux.

Le projet d'assurance qualité (PAQ) s'emploie depuis 1990 à améliorer la qualité des soins de santé dans le monde entier, cette expérience a généré dix années de connaissances et d'information quant à l'application des concepts d'assurance qualité dans des endroits aussi différents que le Niger, Chili , Russie, et la Jordanie. Cette démarche vers l'assurance qualité a décentré qu'elle est un moyen de dispenser des services de santé de qualité efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité.

[2]Le concept de qualité des soins recouvre des points de vue différents entre patients et praticien, le patient a des attentes vis-à-vis des soins et des perceptions variables qu'il exprime en termes de satisfaction ou de non satisfaction.

---

[1] B GAY, M Le GOAZIOU, M BUDOWSKI,P DRUAIS, S GILBERT, 2003, médecine générale, édition Masson, Paris, P,309

[2] Alain MOREAU ; Marrie-cécile DEDIANNE ; philippe HAUZANNEAU ; José LABORERE,J-L TERRA ;L SARRASSAT ;20 décembre 2004 ; « attentes et perceptions de la qualité de relation entre médecins et patients » étude qualitative par la méthode du fopcus group ; revue du praticien-médecine générale ; tome 18 ;N+674/675 ; PDF ; P, 01

Section01 :*l'approche qualité des soins*

1-1La qualité des soins : essai de définition

La qualité des soins est une démarche fondamentale qui fut définie par plusieurs auteurs .A DONABEDIAN a proposé une définition de la qualité de soins

[1]« Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même ».

[2]« C'est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles ».

L'organisation mondiale de la santé OMS a défini la qualité des soins comme étant une [3] « capacité de "garantie " à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques […], lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la santé, au meilleur cout pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains… ».

---

[1] C GABA-LEROY ; A-M BONNEKY ; D MARANDE ; P MICHET ; 2003 ;» prévention des risques dans l'unité de soins ; Mosson édition ; Paris ; PDF ; P, 115

[2] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest) ; 14 juillet 1999; amélioration de la qualité en hygiène hospitalière ; Rennes cedex 9 ; PDF ; P, 05

[3] Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ;P, 03

[1]« La qualité des soins signifie légitimation sociale des soins, justification des soins fournis, accès au soins et justice sociale, continuité des soins, mais aussi gestion du personnel de soins,»

La définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats-Unis (IOM), la qualité des soins est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

Cette définition a touché plusieurs points :

Le terme service de santé se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé (intégration aussi des maladies mentales), en outre, cette définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, paramédicaux, etc), et d'établissements (hôpital, maison de repos ,etc).Aussi , l'inclusion à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées.

Cette définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la « probabilité » de résultats souhaités, un soin de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité.

---

[1] conférence des hôpitaux académiques de Belgique ; read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation ; 2007 ; « point de vue de la CHAB-RUZB » ;price waterhouse coopers health research institute ; keeping score ; Belgique ; PDF ; P, 002-adapter-

1-2Les trois niveaux de la qualité des services :

On peut identifier trois niveaux de qualité des services selon l'approche que l'on aura des exigences du client.

[1]Face à la concurrence exacerbée et aux évolutions accélérées qui caractérisent le contexte économique actuel, il faut bien évidement viser le niveau de qualité le plus élaboré (qualité satisfaction).

En effet, la création d'une offre durablement attractive ne peut s'envisager désormais sans les éléments suivants :

- Une réponse complète face aux besoins du client (explicites et implicites).
- Une différenciation concurrentielle perceptible par les clients.
- Une adaptation et une anticipation permanentes sur les besoins du client.
- Une excellente fiabilité des prestations.

[1] J MENIN, 2001, la certification qualité dans les services, édition Afnor, France, P, 57

Tableau2-1 : *les trois niveaux de qualité*

Nature des exigences prise en compte	résultats
Qualité conformité	
-attentes explicites du client -moyens du client -promesse explicite du fournisseur	-service rendu est confirme au service promis -le prix est adapté aux moyens des clients cibles
Qualité perçue	
-attentes explicites et implicites du client -moyens du client -offre des concurrents	-la promesse est adaptée à toutes les attentes du client et attractives face à la concurrence -le service rendu est conforme au service promis -le prix est adapté aux moyens des clients cibles
Qualité satisfaction	
-attentes explicites et implicites du client -besoins actuels et à venir du client -offre des concurrents	-la promesse est adaptée à toutes les attentes du client et attractives face à la concurrence -la promesse anticipe et répond aux besoins des clients (caractéristiques non encore attendus par le client) - le service rendu est conforme au service promis

Source : J MENIN, op cit , P, 57

1-3Les relations qualité des services /profits :

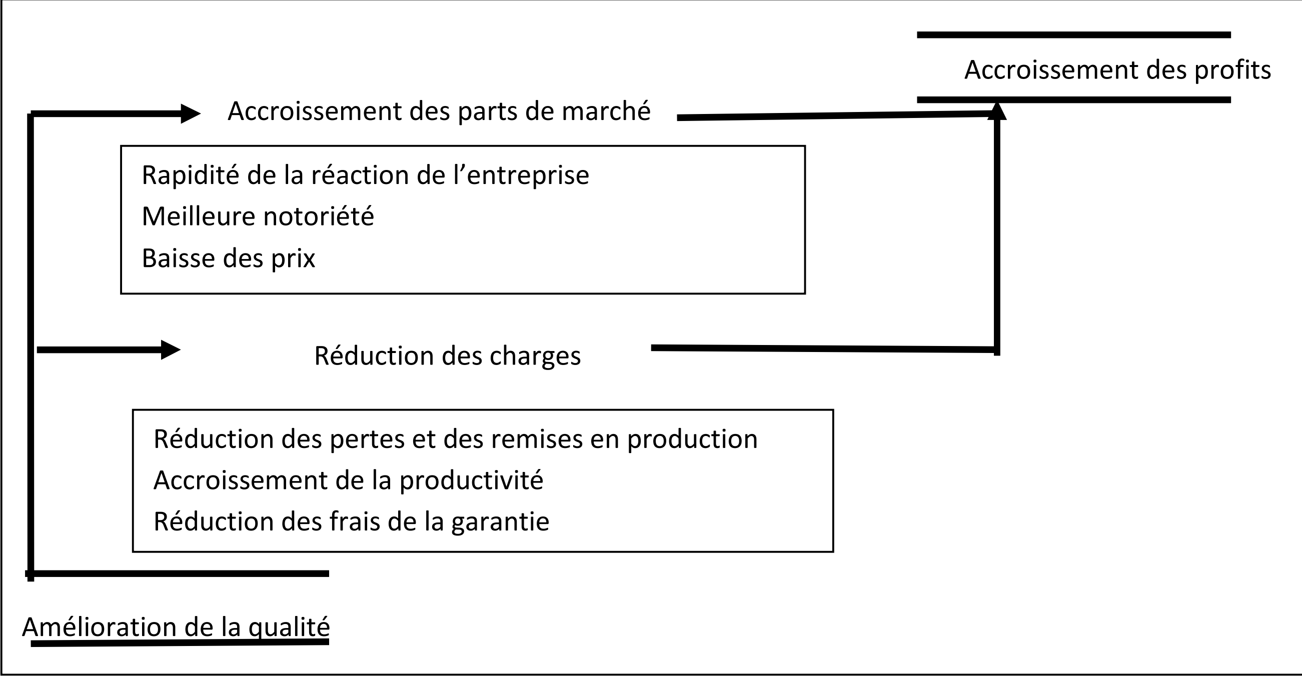
[1] Offrir un service de qualité est important pour l'entreprise, car ,la qualité est une variable qu'elle contrôle et qui lui permet de se distinguer avantageusement de ses concurrents.

La qualité peut devenir un outil stratégique de différenciation favorable pour l'entreprise, puisque la recherche dans le domaine démontre que qualité et profits vont de pair.

Précisons que ces relations s'appliquent lorsque l'entreprise est en situation de concurrence, autrement dit une situation où le client trouve aisément le service substitut qu'il recherche.

La figure ci-dessous simplifie les relations entre la qualité des services et les profits de l'entreprise.

figure2-1 *: les liens entre qualité et profits*



Source :G ROCK, M LEDOUX, 2006, le service à la clientèle, édition du renouveau pédagogique inc, Canada, p, 81

[1] G ROCK, M LEDOUX, 2006, le service à la clientèle, édition du renouveau pédagogique inc, Canada, p, 81

Tableau 2-2 : *relations entre profits, part de marché et réduction des couts*

Relation entre profits et part de marché	***Relation entre profits et la réduction des coûts***
1-notoriété : La nouvelle de la mauvaise qualité des services de l'entreprise se répond rapidement par le bouche à oreille Une vilaine réputation ne se corrige pas rapidement **2- la baisse des prix :** Les entreprises disposant des plus grandes parts de marché bénéficient d'économie d'échelle qui leur permettent d'avoir une politique de prix agressive puisque leur coût de revient est inferieur à celui de ses concurrents **3-la rapidité de réaction de l'entreprise :** De leur qualité de leur organisation réussissent à s'adapter rapidement à l'évolution des besoins de leurs clients Les entreprises dont l'efficacité résulte	**1-La productivité** L'entreprise qui augmente la qualité de ses services accroit sa productivité, ce qui se traduit en une réduction des coûts. Les outils et les méthodes de travail constituent un facteur déterminant de la productivité **2-la réduction des pertes et des remises en production :** Les coûts de la non-qualité proviennent notamment de l'intérieur de l'entreprise (les sources internes de non-qualité sont nombreuses : méthodes de travail inappropriées, insouciance du personnel, maintenance déficiente des appareils, de l'équipement ou des bâtiments. **3-la réduction des frais de garantie :** L'entreprise doit réussir à arrêter les services de qualité douteuse afin de ne pas s'occuper à grands frais, de recevoir des plaintes après

La qualité est une source d'avantage concurrentiel pour l'entreprise, car elle permet de :

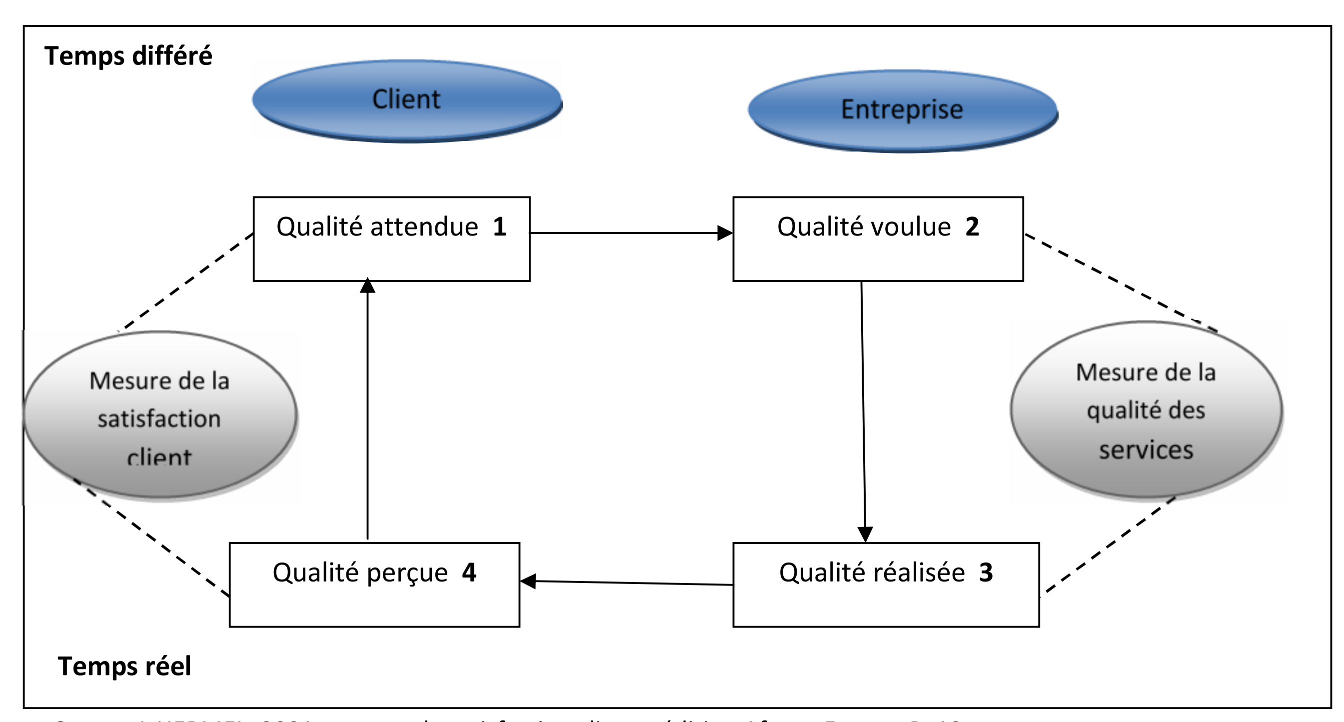
- satisfaire le client ;
- Développer la fidélité du client ;
- Augmenter la profitabilité de l'entreprise à cout, moyen et long terme ;

Source : G ROCK, M LEDOUX, op cit , p, 82-83 – synthèse-

1-4 le CYQ qualité : un modèle adapté aux services

Les chercheurs et les praticiens ont beaucoup travailler pour créer des modèles qui permettent de se représenter de façon simplifiée le cycle de la qualité dans les services ou bien ce qu'on appelle « carré d'Averous », illustré par la figure ci-après

Figure2-2 *: le carré de la qualité « carré d'Avarous »*



Source :L HERMEL, 2001, mesurer la satisfaction clients, édition Afnor , France, P, 10

Deux types d'univers sont apparait à travers ce modèle :

✓ ***L'univers du client*** :

[1]C'est un champ mental nourri de croyances, d'expériences et d'informations, propre à chacun, qui constitue le vécu du client. C'est aussi le champ spatio-temporel de la relation de services, qui dure tant que persiste un lien psychologique ou financier avec le prestataire.

[1] B AVEROUS, D AVEROUS, mesurer et manager la qualité de service, 1998, INSEP édition, Paris, P, 32-33

- ✓ ***L'univers du prestataire de service*** :

C'est aussi un champ mental nourri de croyances, d'expériences et d'informations .Cependant, le prestataire dans l'exercice de son métier,

à des savoirs, des savoir-faire, des techniques qui lui sont propres Il appartient à une entreprise avec ses valeurs, sa culture.

C'est cet ensemble de données personnelles et professionnelles, qui va être activé, mis en œuvre dans la production du service, que ce soit à la présence ou à l'absence du client.

Dans ce type d'univers, le champ spatio-temporel prend aussi sa place, le client est « chez-lui » et c'est le professionnel qui décide des règles du jeu.

La figure suivante présente quatre types de qualité :

1-4-1 la qualité attendue :

[1]C'est le niveau de qualité répondant aux besoins et attentes exprimes ou implicites des clients. Alors, l'entreprise cherche à connaitre grâce à son service d'étude marketing les attentes des clients .Elle doit également intégrer les zones d'insatisfaction, grâce au service de [*]réclamations, à des enquêtes, etc.

1-4-2 la qualité prévue (promise, voulue, conçue) :

C'est le niveau de qualité que l'établissement de santé souhaite atteindre compte tenu des attentes de ses patients, en fonction de ses ressources internes et des contraintes de son environnement (aspects techniques des soins, obligations sécuritaires, exigences légales et réglementaires).

1-4-3 la qualité fournie (offerte, réalisée) :

[2]C'est le niveau de qualité réellement atteint par l'établissement de santé, obtenu sur le terrain. Ce type de qualité va donner lieu à une définition de

---

[1] C VILCOT, H LECLET, 2006, indicateur qualité en santé, édition Afnor, Franc, 2[e] édition , P, 16-adapter-

[*]la réclamation est un outil de remontée spontanée de la clientèle.

[2] C VILCOT, H LECLET, op cit, P, 16-adapter -

standards et de normes à respecter, il s'agit ensuite d'imaginer les processus permettant d'aboutir et d'obtenir une qualité servie (qualité réalisée) au client.

On peut mesurer en interne l'adéquation entre la qualité voulue et la qualité réalisée, les « [*]visite mystères » permettent d'évaluer si les normes sont bien respectées ou non.

1-4-4 la qualité perçue :

[1]Niveau de qualité ressentie par le client à partir de ses propres attentes.

C'est la mesure de la satisfaction client qui permet un contrôle objectif de la qualité perçue par les clients, elle compare leurs attentes et leurs perceptions.

Les résultats de ces enquêtes sont des sources pour définir les nouvelles attentes des clients, pour améliorer la qualité et aussi permettre un bouclage du système de production de la qualité d'un service.

[2]Dans l'ensemble de ces types de qualité, deux types dépendent de l'établissement de santé et reflètent sa performance :

- La qualité prévue, qui est théorique et procédurée ;
- La qualité fournie, qui est objective et quantifiable ;

Les deux autres types de qualité se situent du point de vue des clients et reflètent leur satisfaction :

- La qualité attendue, qui est théorique et descriptive ;
- La qualité perçue, qui est subjective mais mesurable et appréciable ;

---

[*]l'enquête « client mystère est utilisée par l'entreprise non pas pour connaitre directement qu'elle est la satisfaction client, mais plutôt pour vérifier si elle réunit les conditions d'une satisfaction clients optimale .cette enquête considère à jouer le rôle du client et à vérifier, à partir de grilles préétablies ou de scénarios, comment l'entreprise fournit le service et respecte les normes et les standards prévus dans le cahier des charges de services proposés à la clientèle

[1] C VILCOT, H LECLE,P, 16-adapter-

[2] C VILCOT, H LECLET, op cit, P, 16-adapter -

1-5 les dimensions de la qualité des soins :

[1]A PARASURAMAN, A ZEITHAML et L BERRY ont élaboré une liste des déterminants de la qualité des services, qui semble relativement indépendante du domaine d'activité considère par ordre d'importance.

Dans le domaine de santé, cette liste est représentée par les éléments suivants :

- ✓ [2]*L'efficacité* : c'est souvent, la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin.

  Ce que l'on mesure : il existe également toute une série de mesure qui permettent aux patients et d'autres acteurs du système de santé d'évaluer la qualité technique des soins (correspond aux actes diagnostiques et thérapeutiques fournis par les différents professionnels de santé .Il s'agit d'élaborer avec des preuves cliniques l'opportunité des soins fournis.
- ✓ *La sécurité* : c'est l'absence de danger, de risque et de doute. Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients

  La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'évité les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes.

  Ce que l'on mesure : on peut regrouper les indicateurs relatifs à la sécurité des soins en quatre grandes catégories :

  a- [3]Infections nosocomiales (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres).

---

[1] P KOTLER, K –l KELLER, B DUBOIS, D MANCEAU, 2006, Marketing management, pearson édition, France ,12e édition , P, 478-479
[2] Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ; op cit, ; P,11-15 -adapter-
[3] Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ; op cit, ; P,11-15 -adapter-

b- Evénements sentinelles (accidents liées à la transfusion, erreurs de groupages sanguins, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire).

c- Complications opératoires et préopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie).

d- D'autres événements indésirables (fracture de la hanche ou chute à l'hôpital).

- ✓ *L'accessibilité* : c'est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment .donc, les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques.

La ponctualité est un concept liée à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement, elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

Ce que l'on mesure : on évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durées d'attente.

Les indicateurs les plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au cout des soins.

- ✓ [1]*La réactivité* : la réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient revoie à des notions telle que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutient social, le choix de fournisseurs de soins et d'autres notions comme l'écoute, l'empathie, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclaire de sa part.

[1] Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ; op cit, ; P,11-15 -adapter-

Ce que l'on mesure : la communication avec le médecin (« écoute soigneusement », « montre du respect », « explique clairement les choix »), le temps passé avec lui, la continuité (coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires) et l'acceptabilité des soins.

- ✓ *L'efficience* : elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables.

Section 2 **:** *l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins*

2-1 le modèle de DENABEDIAN :

[1]L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencer par les recherches d'Avedis DENABEDIAN, dont les premières datent pourtant des années 1960.

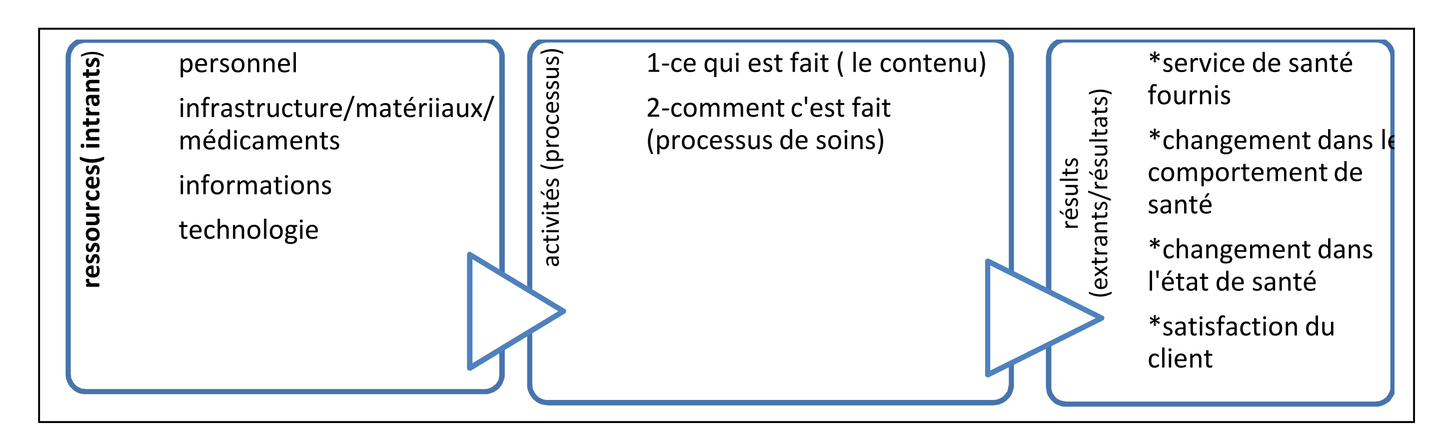
DENABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate.

DENABEDIAN adopté l'approche processus pour analyser les soins en individualisant trois niveaux d'analyse

- Les données d'entrée des processus de soins (input) : les structures et les ressources ;
- Les processus de soins eux-mêmes ;
- Les données de sortie qui sont les résultats intermédiaires ou à court terme (output) et les résultats ultimes à long terme qui sont les modifications de l'état de santé et les conséquences sur la qualité de vie (outcom).

[1] C VILCOT, H LECLET, op cit , P, 02-03- adapter-

Figure 2-3 : *entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' DENABEDIAN*



Source : *Rashad* MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des oins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF ;P,04

2-1-1 les structures et les ressources :

[1]ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer les soins : locaux, installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, mode de fonctionnement, qualité et quantité des ressources financiers, lois et réglementations, contextes politiques , géographiques, socio-économique, etc.

[1] C VILCOT, H LECLET, op cit , P, 02-03- adapter-

2-1-2 les processus :

2-1-2-1 définition

Un processus est défini comme étant [1]« une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ».

2-1-2-2 typologies de processus dans le domaine de santé :

- *algorithmes cliniques* : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.
- *processus de circulation de l'information* : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.
- *processus de circulation des fournitures* : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système.
- *processus de circulation des patients* : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.
- *Processus de circulation multiple* : la plupart des processus sont en fort multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

---

[1] Rashad MASSOUD ; décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF ; op cit ; P,009

2-1-2-3 les différentes activités faites par producteur de soins :

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

- ✓ *Les activités cliniques directes*: elles s'adressent sans intermédiaire à l'usager (une intervention chirurgicale).
- ✓ *Les activités cliniques indirectes* : elles sont effectuées pour l'usager en son absence (les examens de biologie).
- ✓ *Les activités non-cliniques* : elles ne relèvent pas des soins, mais qui concernent l'organisation et permettent aux soins d'être réalisés dans de bonnes conditions (maintenance des équipements, les activités administratives, etc).

2-1-3 les résultats :

[1]Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur sa qualité de vie, le survenue de complication leur satisfaction, leur bien-être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé.

NB : si elle est bien menée, l'évaluation doit également mesurer l'impact des processus de soins, c'est-à-dire les effets des soins sur la santé et sur la qualité de vie et sur d'autres effets positifs ou négatives des soins en termes d'éventuels effets pervers.

La notion impact est plus globale que la notion résultat. Ainsi, un soin peut avoir un résultat positif à court terme et un impact négatif à long terme.

---

[1] Laboratoire de la qualité des soins ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; ANDRES ; université de Constantine ; Algérie ; PDF ;P03-adapter-

2-2 indicateur qualité de soins, un outil quantitatif de mesure :

2 2-1 définitions :

[1]Les indicateurs de la qualité sont des données mesurables permettant de caractériser une situation dans l'espace et dans le temps. C'est une indication chiffrée

C'est aussi une information choisie assurée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus (ANAES).

L'indicateur permet en général de faire le point sur une situation, de se situer par rapport à un objectif, d'effectuer des comparaisons dans le temps et entre les services.

2-2-2-les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités

L'identification d'un indicateur de soins permet de faire la distinction entre l'indicateur de qualité et l'indicateur d'activité, ce dernier exprimé en donnée brute représente un volume d'actes (nombre de patients accueilles, nombre d'actes de radiologie, etc), et n'a pas de lien avec des actions d'amélioration de qualité. Alors que l'indicateur qualité est toujours assuré à un processus (diagnostic médical), il est un outil de management qui reflète la qualité du processus ciblé.

[1] C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, prévention des risques danq l'unité de soins, édition Masson, Paris, P, 125

2-2-3 typologie des indicateurs :

[1]Trois types d'indicateur sont utilisés selon les orientations citées par A DANABEDIAN :

2-2-3-1 indicateurs de structure :

Il s'agit de ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation des soins (matériels utilisés, disponibilité des salles, accessibilité de service, spécialisation des praticiens, etc).

2-2-3-2 indicateurs de processus :

Qui renseignent sur les pratiques, et mesurant directement le déroulement du processus, circuit de distribution du médicament, respect de procédure pré transfusionnelle, gestion des dossiers des patients, etc

2-2-3-3 indicateurs de résultats :

Ils ne permettent pas d'apprécier les dysfonctionnements en causes et insuffisants pour apprécier des actions correctives, mais ils mesurent la qualité finale de la prestation (satisfaction des patients sur les conditions de séjour, sur l'accueil en consultation, délais d'attente en salle de transfert préopératoire, taux d'escarres, de chutes, etc).

---

[1] C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, op cit, P, 115

2-2-4 caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins :

[1]Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse.

2-2-2-4-1la validité :

C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit mesurer :

2-2-4-2 la fiabilité :

C'est de produire des résultats constants où l'application est fait répétitivement sur le phénomène dans le même état ;

2-2-4-3 la sensibilité :

L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les moindres variations des phénomènes qu'il représente ;

2-2-4-4 la spécificité :

L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;

2-2-4-5 la robustesse :

C'est de faire référence à sa capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait ;

Alors les indicateurs permettent soit de :

- [2]Mesurer l'attente des objectifs du processus ;
- Mesurer la perception des résultats par les clients ;
- Intervenir sur le déroulement de processus ;

---

[1] http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI aporama/indicateurs, de_qualité PDF, P, 08
[2] Mc BELEVILL ;L CLERC ;19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité » ; journée AFIP/AFAR intervention ; N*02 ; PDF ;P, 08

2-2-5 quelques exemples d'indicateurs :

De nombreux indicateurs peuvent être cités .le tableau suivant illustre les différents indicateurs qualité de soins

Tableau 2-3 *: quelques indicateurs qualité*

Management : -nombre d'objectif du projet de service mis en place -nombre de réunions organisées par le cadre -Taux de participation aux réunions -Nombre de conseils de service -fréquence des groupes de travail -taux de participation du personnel par type de groupe de travail -nombre des missions déléguées	***Ressources humaines :*** -fréquence de jours à effectifs réduits -taux de réponses aux demandes de remplacement -taux d'absentéisme turn-over -taux d'heures supplémentaires effectuées ou nombre d'astreintes Fréquence d'occupation des postes (hôtesses d'accueil, agent hospitalier) -taux d'agents formés par catégories professionnels -taux de personnels formés sur la population nouvellement recrutée Taux d'entretiens d'évaluation réalisés Taux de satisfaction des formations Taux d'accidents exposants du sang
Soins : -taux de ré hospitalisation -%de séjours faisant l'objet d'une plainte -taux de chutes -taux d'escarres -taux de sorties sans avis médical -taux d'infections nosocomiales -nombre de signalement de maltraitance Satisfaction des patients dans l'information reçue avant examen, intervention, etc -temps d'attente pour examen, en consultation -% de patients anesthésies passant en salle de réveil -nombre de patients satisfaits de la prise en charge de la douleur	***Hôtellerie :*** -nombre de repas en adéquation avec la commande -fréquence de respect du gout des patients -fréquence de respect des régimes -taux de satisfaction concernant le repas -taux de satisfaction des patients dans l'aide à la prise du repas -taux de respect de la température du plat -fréquence de respect des dates de péremption -fréquence de respect des dates de consommation
Documents : -taux de conformité aux règles de gestion documentaire des documents qualité (fond, forme) -délais de transmission de l'information -délais d'envoi des courriers de sortie -taux d'accessibilité aux dossiers -taux de conformité des dossiers par rapport à des critères prédéfinis -taux de dossiers non-retrouvés	***Travaux/maintenance/système d'information :*** -taux de disponibilité ou d'indisponibilité pour réparation -fréquence des pannes -taux d'erreurs du système d'information -taux de disponibilité du matériel de rééducation, des atèles -taux d'équipement en rangement adaptés -taux de satisfaction des utilisateurs face à la signalétique

-taux de documents élaborés par les professionnels -nombre de patients ayant reçu le livret d'accueil sur le nombre de patients hospitalisés	
Dispositifs médicaux : -Délais de livraison -taux des ruptures de stocks par produits -% des produits faisant l'objet d'un seuil de sécurité -fréquence de commande en urgence -taux de produits détériorés ou périmés -nombre de produits respectant le stock de sécurité	***Equipements :*** -fréquence de pannes -taux des infections nosocomiales liées à un traitement insuffisant des dispositifs médicaux -% de personnes formées à l'utilisation des équipements -taux de non-disponibilité de matériel -%d'appareil possédant un mode d'emploi -% d'appareil respectant les règles de maintenance -fréquence d'emprunt d'appareils

Source : C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, op cit, P, 122-123

2-3 l'amélioration de la qualité en santé : une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années

[1]D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé.

La qualité de soins et plus largement du système de santé constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnelles, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

Et depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé, elles convergent pour définir la qualité comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique.

[1] HAS (haute autorité de santé) ;décembre 2007 ; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ;France ; PDF ; P, 01

2-4 améliorer la qualité des soins :

2-4-1 les outils pour améliorer la qualité des soins :

[1]L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins :

- Outils relatifs aux connaissances et aux compétences : par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.
- Outils relatifs à la décision médicale et concourant à l'amélioration de la qualité : aide-mémoire, informatique, etc.
- Outils relatifs au contrôle de la qualité : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- Outils relatifs à l'amélioration de la qualité : démarche et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous tend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnait que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats).

2-4-2 comment améliorer les pratiques médicales :

2-4-2-1 le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier :

[2]Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier.

Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients.

---

[1] Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilises en médecine ambulatoire » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ;Paris ; P ,16
- adapter-

[2] J ABBAD op cit , P, 65 –adapter-

[1]Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts importants en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux taches et aux missions à accomplir (éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement).

- *il n y a pas de service de qualité sans homme de qualité* :

[2]La qualité des services dépend, tout au moins en partie, de l'interaction entre nos équipes et nos clients.

De ce point de vue, il parait naturel d'examiner en profondeur la manière dont en gère les ressources humaines dans les entreprises de service.

Cette préoccupation donne lieu de répondre aux exigences suivantes :

La gestion des hommes repend-elle aux exigences liées au service ? Quel est son impact sur la performance de ce service ? Des employés motivés facilitent et rendent plus productives la rencontre d'ordre transactionnel ?

2-4-2-2 l'efficacité des groupes et de l'équipe (travaux de SCHACHTER 1951) : le couple adhésion/ cohérence :

[3]La performance d'une équipe est fortement influencée par deux variables, l'adhésion aux objectifs et la cohérence dans le groupe. SCHACHTER a proposé l'*extrait de cette combinaison :*

- *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence forte = une performance optimale.*
- *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence faible= une performance bonne.*

---

[1] G KREBS, Y MOUGIN, 2007, les nouvelles pratiques de l'audit qualité interna, édition AFNOR, France, P, 53-54
[2] J HOROVITZ, 2000, sept secrets pour un service client performant, les Echos édition, France, P, 132
[3] R POILROUX, 2000, management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux, Berger-levrault édition, Paris, P, 44-adapter-

- *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence forte = la performance la plus faible.*
- *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence faible = une mauvaise performance.*

2-4-2-3 Les interventions susceptibles d'influencer les pratiques médicales :

[1]La médecine s'exerce aujourd'hui dans un contexte d'augmentation exponentielle de l'information scientifique, cette augmentation traduit aussi la mise à disposition auprès de la clientèle de nouvelles modalités diagnostiques ou thérapeutiques dans un contexte de contrainte budgétaire de plus en plus prégnant.

Or, aucun système de santé dans le monde ne permet une utilisation sans limite des technologies médicales ; mais la contrainte n'est pas seulement économique, le public accepte de plus en plus difficilement les différences de pratique inexpliquées qui son observées, d'une région à l'autre, d'une structure de soins à l'autre, d'un paya à l'autre.

La pratique médicale est très dépendante de l'organisation du système de soins, mode de pratique professionnelle (médecin isolé ou travaillant en groupe, mode de rémunération, mode et niveau de prise en charge des actes, niveau de concurrence entre secteur public et secteur privé, etc).

Le tableau suivant présent un résumé de différentes interventions , ont l'impact sur les pratiques médicales :

[1] P DURIEUX, 1998, comment améliorer les pratiques médicales, édition Flammarion, Paris, P, 01

Tableau 2-4 : *les interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale*

types	*description*
Délusion et formation	-distribution d e documents, recommandations -matériels éducatifs, monographie -conférences sur un thème donné, prestation didactique ateliers éducatifs -élaboration de consensus locaux sur les procédures médicales, groupes de travail -formation médicale continue -intervention de leader d'opinion -visites d'éducations au cabinet du médecin -marketing de l'industrie pharmaceutique
Encadrement des pratiques	-audit feed-back -rappel au moment de la décision
Incitation financière	-incitations collectives, mode de rémunération des professionnels, mode de remboursement des soins -incitations individuelles : sanction/bonus, en fonction de différents critères (activités, qualité des soins, résultats financier , etc), responsabilité médicale , participation financière dans une structure de santé, etc
Interventions organisationnelles	-impact des différents modes d'organisations des soins sur les pratiques -impact des caractéristiques structurelles (système d'information, organisation du travail, coordination des soins)

Source : P DURIEUX, op cit, P, 03

2-4-2-4 exemple : améliorer la qualité des soins par l'amélioration des pratiques professionnelles des infirmiers:

[1]Quatre grandes étapes ont été proposées par le projet Américain « hôpital attractif » (2008) afin d'améliorer en parallèle la qualité des soins et la satisfaction professionnelle des infirmières Américaines :

[1] « Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannasse ;USA ; PDF http:// www.CAIRN ts des santé. Fr IMG ; P,02

a- Evaluation de la qualité des soins infirmières : par l'IGEQSI « indicateur global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers », c'est un outil qui permet d'évaluer le cadre de travail (organisation et logistique), les processus engagés (notamment les pratiques professionnelles) et leurs conséquences (efficacité recherchée, effets secondaires, impacts).

Il utilise un ensemble de critères concernant le management des unités de soins (santé de travail), les procédures utilisées (le dossier patient, le parcours de soins), la satisfaction des patients (information, confidentialité des données, implication de la famille).

b- Amélioration des pratiques de soins infirmiers :

- La capacité d'écouter le patient et d'entrer en relation avec lui dans une approche bienveillante favorise la qualité de vie des patients hospitalisés. Plusieurs outils sont utilisés pour évaluer et améliorer les pratiques de soins infirmiers, par exemple les outils d'évaluation des attitudes de la relation d'aide.
- Le développement de l'éducation à la santé : en collaboration avec l'université de Rouen, pour l'obtention du master en sciences de l'éducation et soins infirmiers, cela ouvre une nouvelle possibilité de déroulement de carrière pour les infirmiers.
- [1]Changement des connaissances dont l'objectif ultime est le transfert et la dissémination des connaissances de la théorie à la pratique clinique.

c- gestion et organisation du travail par la publication et la diffusion d'un guide de présentation du groupe hospitalier, ce dernier sera optimisé notamment pour aider au développement d'une culture de l'hôpital, élaborer des programmes de gestion du stress, évaluation de la charge en soins, le concept d'hôpital sportif (des activités sportives pour les personnels), management des compétences.

---

[1] « Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannasse ;USA ; PDF http:// www.CAIRN ts des santé. Fr IMG ; P,03-04

d- Recherches en soins : cette partie est essentielle, permettant de valoriser les professionnelles, d'augmenter leurs compétences et d'améliorer la qualité des soins par l'organisation des journées sur la recherche infirmier, développer une formation d'initiation à la recherche, l'apprentissage de l'anglais, etc.

2-4-3 comment améliorer le processus de soins :

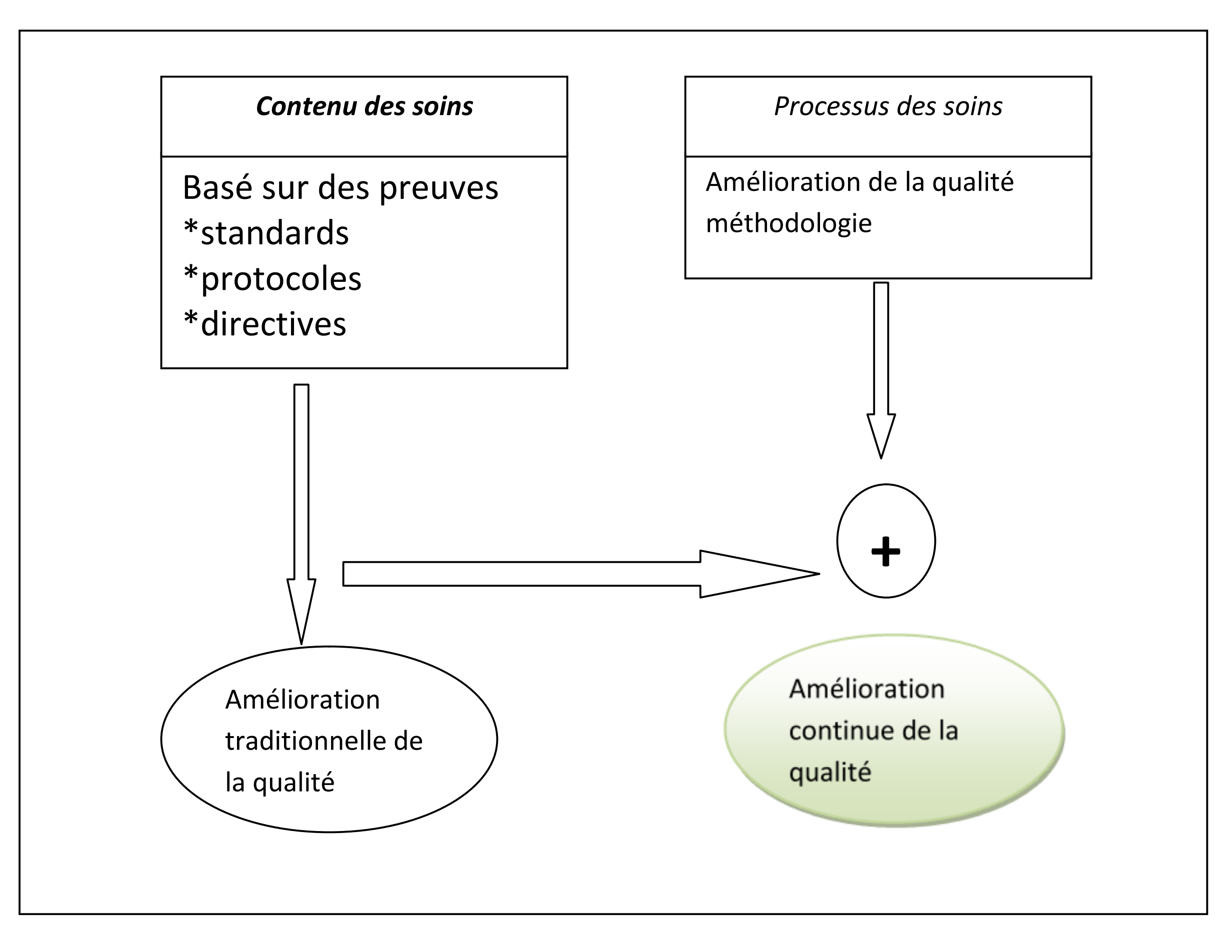
L'amélioration de processus des soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de service, elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire. Cette amélioration de la qualité intégré le contenue des soins et le processus de prestation des soins.

2-4-3-1 mode d'amélioration :

Lorsque le contenue des soins est examiné, alors c'est le moment de passer en revue et d'actualiser la prise en charge clinique des patients, afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques .pour ce faire, il est logique d'utiliser la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques.

Le moment ou nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, pour que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé.

***Figure 2-4** : l'amélioration continue de la qualité des soins*

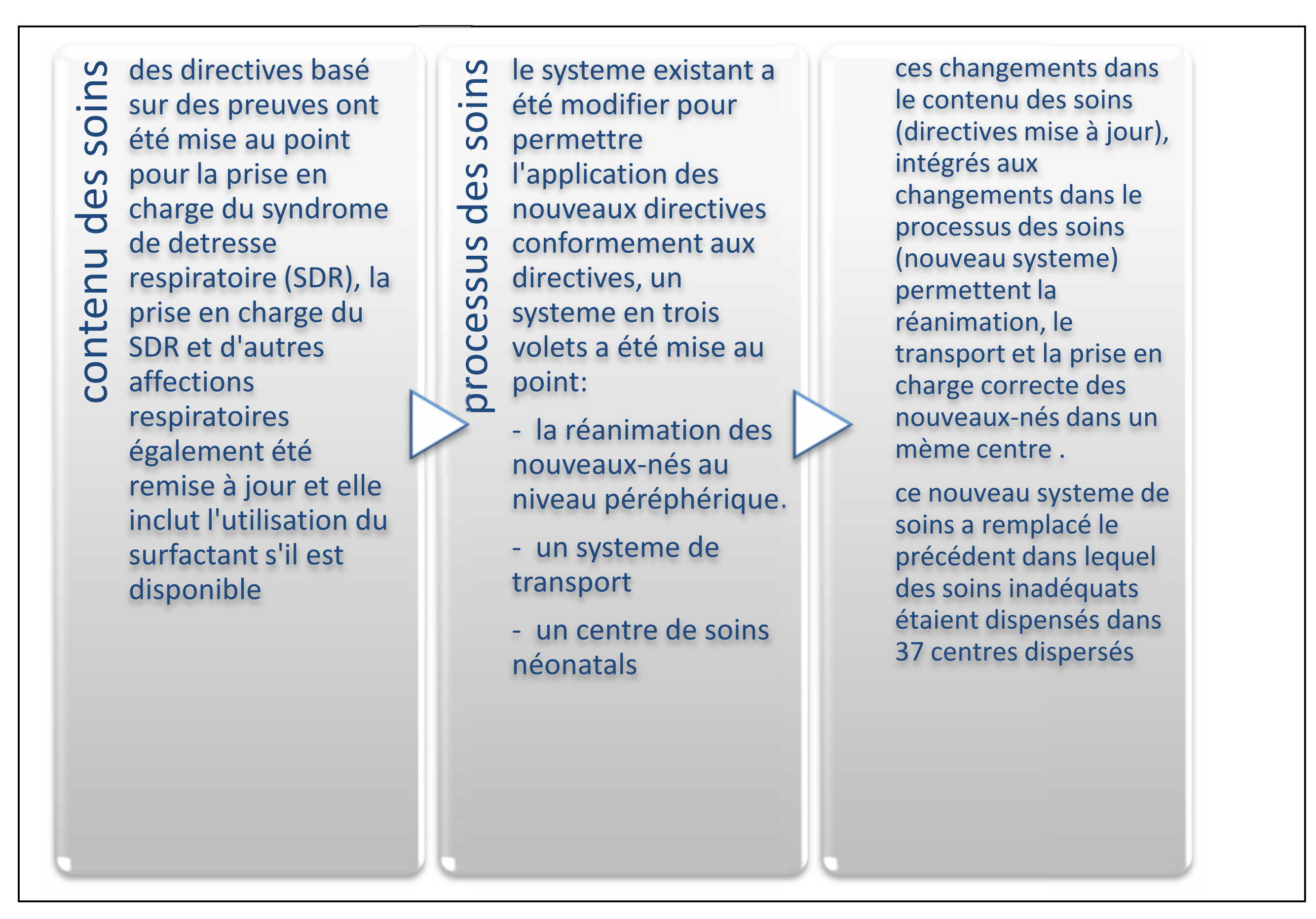


Source : Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF ; op cit ; P , 04

2-4-3-2 exemples sur l'amélioration de processus

L'exemple suivant illustre la façon dont un système de prise en charge des nouveaux –nés souffrant du syndrome de détresse respiratoire intégré des changements dans le contenu et le processus de prestation des soins, ces changements ont fourni le résultats espéré, à savoir une amélioration de la qualité des soins.

Figure 2-5 *: intégration des changements daéns le contenu et le processus des(tver-russie*



Source : Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF ; op cit ;
P , 04

Section 03 **:** *la satisfaction des patients : un enjeu pour les établissements sanitaires*

[1]Depuis un peu plus d'un quart de siècle, la satisfaction est devenue l'un des thèmes majeurs de l'étude du comportement du consommateur dont les entreprise se sont tenues compte qu'il s'agissait d'une variable-clé des comportements des clients. Et depuis les premières recherches dans le domaine de la satisfaction, différents types de satisfaction ont été définis dans la littérature :

- La satisfaction spécifique à une transaction c'est-à-dire l'évaluation par rapport à une expérience d'achat/consommation spécifique ;
- La satisfaction par rapport à une marque ou satisfaction cumulée, c'est-à-dire l'évaluation d'un ensemble d'expériences de même type ;
- La satisfaction microéconomique c'est-à-dire la satisfaction de tous les consommateurs au niveau de l'entreprise ;
- La satisfaction macroéconomique c'est-à-dire la satisfaction au niveau d'une culture ou d'une société (ANDERSON et FORNELL, 1994 ; OLIVER ,1997).

La plupart des études qui visent à mettre au jour les antécédents de la satisfaction, se sont cependant centrées sur la satisfaction spécifique à une transaction (ANDERSON et FORNELL, 1994 ;CHURCHILL et SURPRENANT ,1982 ; OLIVER, 1980 ;OLIVER et DE SARBO ,1988).

[1] Joélle VANBAMME; mai 2004 ; « la surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs » ; revue française du marketing ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France ;n° 197-215 ; P, 47

3-1Essai de définitions :

[1]« Satisfaire : rependre à l'attente de … » (Larousse).

« satisfaction de bien-être plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable » (Rebert).

[2]« La satisfaction des clients est dans toute activité, obtenue par un offre bien adaptée aux attentes des clients ».

Alors dans l'abondante littérature consacrée au domaine des services, les notions de qualité et de satisfaction sont étroitement liées et le plus souvent perçue subjectivement ou non, en fonction des attentes des clients.

Le jugement de la qualité des services résulte d'une comparaison des attentes de service à la performance actuelle.

Les attentes en matière de service font apparaitre deux notions :

- *Le service désiré* : c'est le niveau de service que le client souhaite recevoir, qu'il estime mériter pour un prix donné ;
- *Le service adéquat* : c'est le niveau de service que le client est prêt à accepter, se rapproche de niveau minimal de service désiré ;

---

[1] F LIMOUSI ; « évaluation de la satisfaction des patients hospitaliers ; 14 octobre 2009 ; Staff santé publique ; PDF ; P, 14

[2] M ZOLLINGER , Eric LAMARQUE, op cit , P, 73

Selon STAMPS (1984), «[1] La satisfaction des patients est considérée comme une perception subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients »

Selon ZEITHAML, PARASURAMAN, BERRY (1990) est défini comme étant « le degré de congruence entre les attentes des consommateurs et leur perception de la qualité des soins reçus »

Selon MEGIVERN et collaboration (1992) , définissent la satisfaction comme un « degré de congruence entre les attentes du patient relatives aux soins et services désirés, et sa perception concernant la qualité du service réellement offert »

3-2 le modèle de satisfaction : le paradigme de la confirmation :

[2]Les recherches dans le domaine de la satisfaction ont mise en évidence un certain nombre d'antécédents de ce concept, tels que les attentes, la performance perçue , la disconfirmation des attentes, la qualité , les attributions, l'équité et les réactions affectives (CHURCHILL et SURPRENANT , 1982 ; OLIVER,1993 ; WESTBROOK,1987 ; SHIEFF et ALII, 2000).

La disconfirmation des attentes est habituellement l'une des variables des modèles de satisfaction qui explique le mieux la satisfaction (CHURCHILL et SURPRENANT, 1983 ; OLIVER, 1981 ; SHIEFF et ALII , 2000).

[3]Le modèle de satisfaction décrit la formation de la satisfaction comme un processus comparatif incluant quatre construits principaux :

---

[1] Raymond GREBIER ;« la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF ;P, 04-05

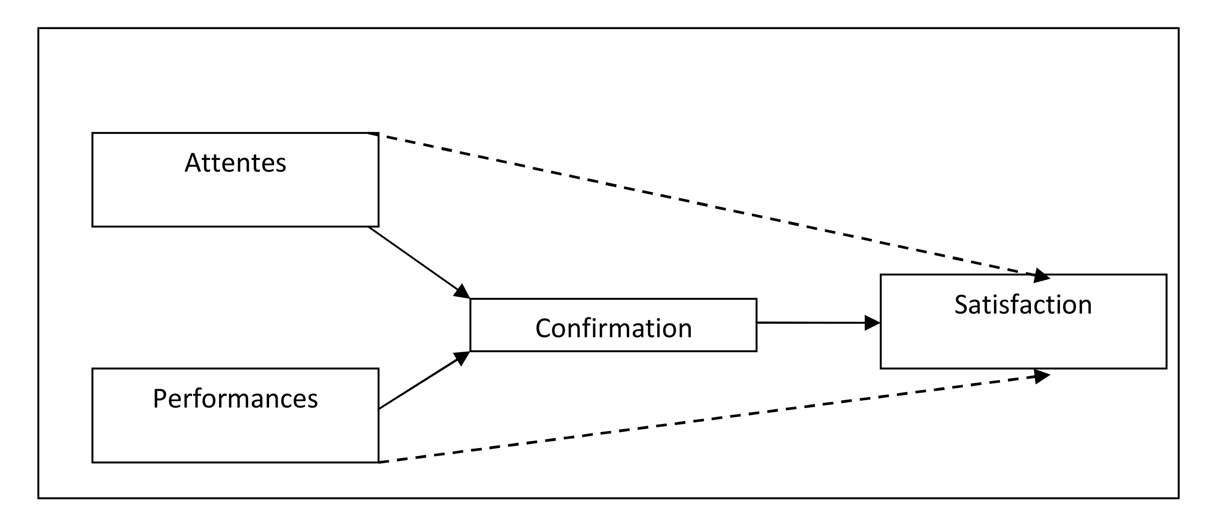
[2] Jean-François BOSS ; (1999) ;« la contribution des éléments du service à la satisfaction des clients » ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France- ; n° 171-1999/1 ; P, 116

[3] Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : é&tat de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145 ; P, 58

1- Le jugement porté sur la performance du produit/service au cours de l'expérience de consommation, on pourrait parler aussi de qualité perçue.
2- Les attentes (les expectations) formée par le consommateur préalablement à l'achat et à la consommation du produit/service concerné ; on pourrait parler aussi de qualité attendue ;
3- La comparaison entre la performance et les attentes va donner naissance à la disconfirmation qui peut être positive (cas ou les performances sont supérieures aux attentes), neutre (cas d'égalité ; on pourrait alors parler de confirmation), ou négative (cas ou les performance sont inférieures au standard de référence des consommateurs) ;
4- La disconfirmation va générer l'évaluation globale de l'expérience de consommation, c'est-à-dire la satisfaction.

Pour le modèle de base, la disconfirmation est une variable médiatrice par laquelle transite l'influence de la performance et des attentes sur la satisfaction (traits pleins de la figure). Des tests de ce modèle ont montré que au moins dans certains cas, il pouvait exister des relations directes entre les performances et/ou les attentes et la satisfaction (traits pointillés de la figure).

***Figure 2-6** : le modèle de satisfaction*



Source : Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : é&tat de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145 ; P, 58

3-3 les trois degré de satisfaction selon Côté (1996) :

[1]Côté explique que le niveau de satisfaction est tourne vers trois éléments :

- *L'aptitude du service à satisfaire les attentes de base du patient « le niveau de qualité minimale »* : ce niveau est correspond aux attributs de base (soins, alimentation, sécurité du milieu, propreté des lieux, etc) que le patient s'attend d'obtenir.
- *L'aptitude du service à rependre aux expectatives du patient « niveau de qualité espéré »* : il est relié à l'aptitude du service à satisfaire les attentes et besoins réels, exprimés par le patient.
- *L'aptitude du service à aller au delà des attentes du patient « le niveau de qualité supérieur »* : est atteint par des activités qui visent à dépasser les attentes des patients, il est relié à des attributs que l'organisation met en place pour 'séduire » jusqu'à un certain point la clientèle.

3-4 les trois caractéristiques majeures de la satisfaction :

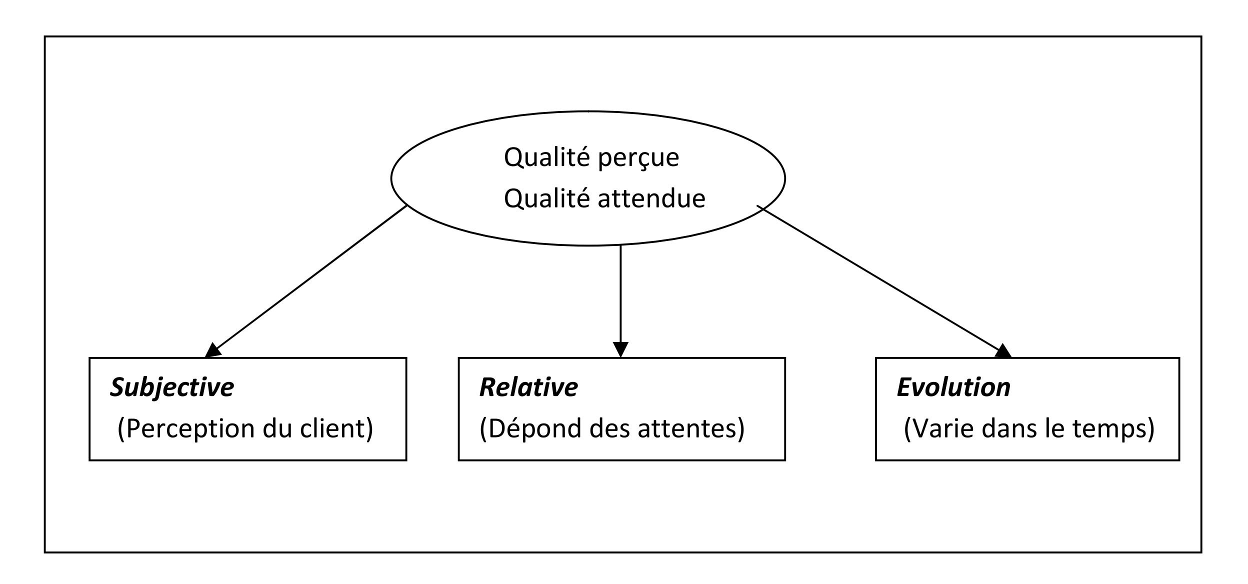
Le mode d'évaluation qu'à un client vis-à-vis d'un produit/service repose sur un ensemble de critères .et pou cela, il est clair de voir comment se forme son jugement sur chacun de ses critères.

En définissant trois caractéristiques majeurs de la satisfaction, que sont la subjectivité, la relativité, et enfin l'évolutivité.

La figure suivante présente ces trois caractéristiques de la satisfaction

[1] Raymond GREBIER ;« la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF ; op cit ; P, 06

Figure 2-7 : ***les trois caractéristiques majeures de la satisfaction***



Source *:D RAY, 2001, mesurer et développer la satisfaction, édition d'organisation, Paris, P, 24*

- [1]*Subjectivité :* la satisfaction des clients dépond de leur perception de produit/service et non pas de la réalité objective ;
- *Relativité :* la satisfaction varie selon les niveaux d'attentes « ce ne soient pas les meilleurs produits qui se vendent le mieux… car ce qui compte n'est le fait d'être le meilleur, mais d'être le plus adapté aux attentes des clients ».

- *L'évolution :* la satisfaction évolue avec le temps à deux niveau différents, en fonction à la fois des attentes et des standards, et de cycle d'utilisation des produits.

  a- L'évolution des attentes et des standards :

_les clients_définissent leurs attentes en fonction de l'état actuel des offres « standards ». Or, comme la loi de la concurrence incite les fournisseurs à augmenter leurs performances relatives afin d'être préférés. Cette course fait inexorablement évoluer le niveau moyen des offres et donc les standards de déférence.

[1] *D RAY , op cit , P, 27-28*

Le moment ou le marché et donc les attentes des clients ont évolué plus vite que les performances de l'entreprise, le taux de satisfaction est faible et l'entreprise prise perd des parts de marché et au contraire.

b- *L'évolution pendant le cycle de vie et l'utilisation de produit/service* :

[1]En terme de mesure de satisfaction, le moment le plus cricial se situe donc en fin de « consommation » du produit/service acheté, juste avant l'achat suivant. Une satisfaction positive à ce moment précis constitue un
prérequis bien qu'insuffisant.

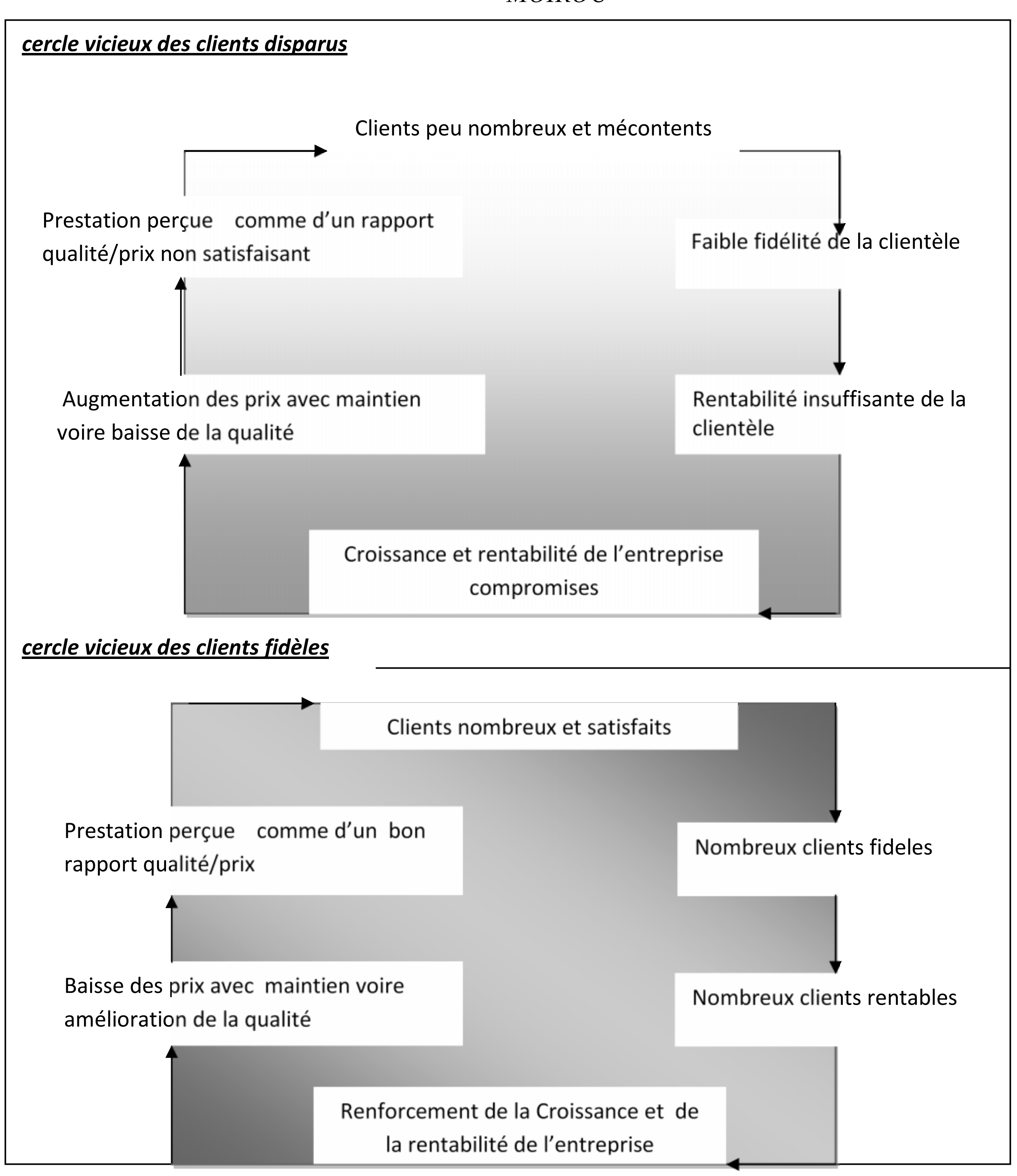
3-5 satisfaction et qualité, quelles interactions :

Roger MOIROUD montre que l'entreprise peut se sortir du cercle vicieux des clients disparus, pour entrer dans celui vertueux des clients fidèles

---

[1] [1] *D RAY , op cit , P,30*

***Figure2-8** : la qualité pour entrer dans le cercle des clients fidèle, d'après Roger MOIROU*



Source : M BADOC,2004, réinventer le marketing de la banque et de l'assurance « du sens du client au néomarketing », édition revue banque, Paris, P, 4

3-6 la typologie des méthodes de mesure de la satisfaction des patients :

3-6-1 méthodes d'analyse indirecte : par exemple :

- [1]Lettres de remerciements, compléments ;
- Plaintes et réclamations (recueillir les expressions des clients) ;

3-6-2 méthodes d'analyse directe :

3-6-2-1 les méthodes qualitatives :

Sont des études exploratoires qui servent à déterminer ce que les patients souhaitent ou considèrent comme important. L'objectif est d'identifier les besoins, attentes et exigences des patients, afin d'améliorer la qualité des prestations en tenant compte de ces paramètres. Ce sont :

- Enquêtes d'observation ;
- Entretiens non directifs sur de petits groupes (focus groups), sous forme de questions ouvertes suivies d'une analyse du contenu des réponses.
- Méthodes de critiques d'incidents :il s'agit ici de compiler les observations et les problèmes rencontrés par le patient à chaque phase de sa prise en charge. Les données sont recueillies à l'issue des soins.
- analyses de causalité, par exemple : des études –avant/ après- une prestation de soin pour rechercher un lieu entre la délivrance de la prestation et la satisfaction du patient.

3-6-2-2 les méthodes quantitatives :

Sont des enquêtes de satisfaction sur des échantillons représentatifs de la population cible.ces enquêtes permettent de vérifier qu'il existe une bonne corrélation entre les caractéristiques de la prestation délivrée et la satisfaction des patients. Ce sont :

- Questionnaires de sortie(obligation réglementaire) ;
- Enquêtes de satisfactions ;

[1] F LIMOUSI ; SAPHORA ; 14 octobre 2009 ; « évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés » ; staffsanté publique ; PDF ; P , 15 –adapter-

3-7Comment atteindre la satisfaction des patients :

3-7-1 Le diagramme en arbre

Le diagramme en arbre est un outil utilisé par un groupe de travail pour répondre à la question *Comment ?.* Il s'agit de trouver des solutions pour éliminer les causes du problème. Représentation en arborescence qui permet à partir d'un objectif de départ de décliner l'ensemble des objectifs intermédiaires et les moyens à mettre en œuvre.

Son objectif est de rechercher l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour atteindre un objectif déterminé.

[1]Pour répondre à la question *« comment on peut satisfaire les besoins des patients qui visitent ce service ? », à* l'aide de certains personnels travaillant dans le service et le directeur financier de l'hôpital Habib Bourguiba Sfax qui ont proposé de tracer le diagramme en arbre (figure ci-après).

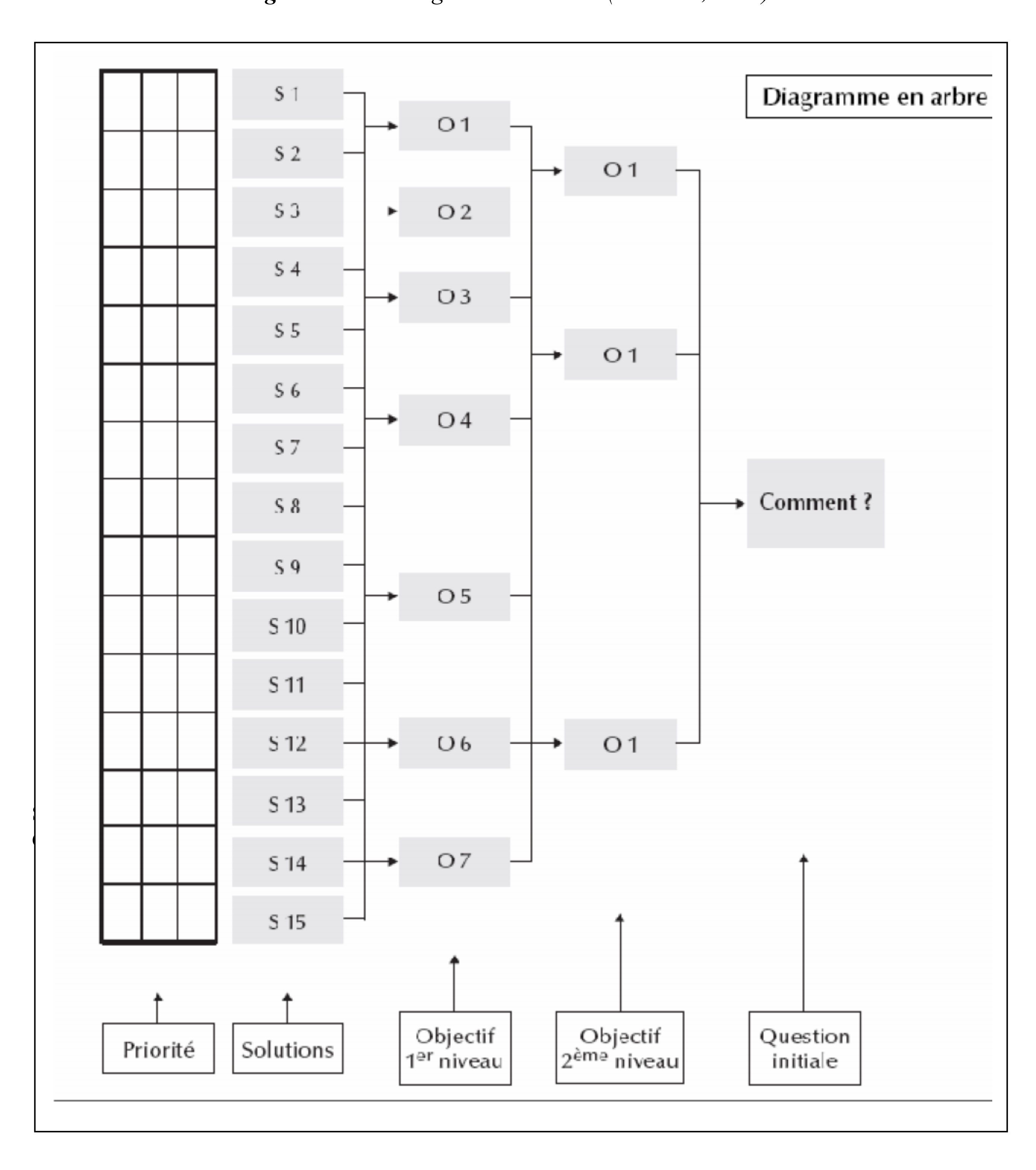
La figure suivante montre que l'objectif c'est la « satisfaction des patients », une fois l'objectif fixé, il est important de fixer des catégories qui sont dans notre cas au nombre de trois (Temps d'attente, Ressources Humaines et Méthodes), pour chaque catégories il y à des sous catégories et à la fin de la hiérarchisation on fixe des attributs qui expliquent mieux les sous catégories.

Ce diagramme permet au responsable de l'hôpital de prendre en compte les catégories, les sous catégories et les attributs collectés dans leur planification future

---

[1]J. JLASSI-A. EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients ; CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF ; P :10

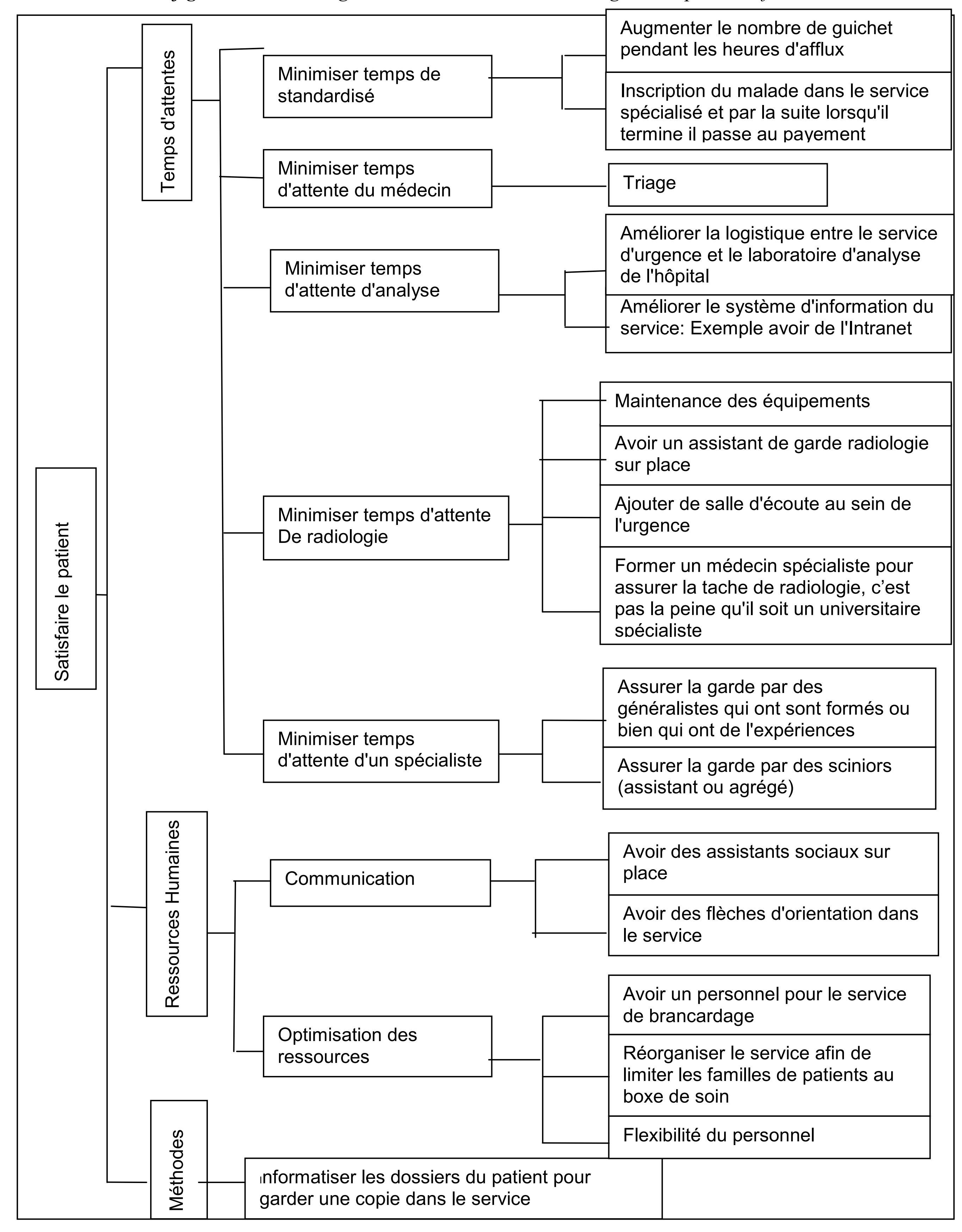
Figure 2-9 : *Le diagramme en arbre (Maillard, 2004).*



Source : J. JLASSI-A. EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients ; CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF ; P :10

3-7-2 application du diagramme dans l'hôpital de sfax (service d'urgence)

***figure 2-10** : Le diagramme en arbre du service d'urgence-hôpital de Sfax*



3-8la satisfaction des patients : un vecteur vers la fidélisation :

3-8-1 les avantages pour les clients (patients) :

Le client demeure fidèle à son fournisseur tant qu'il a l'impression que ses gains (qualité, satisfaction, bénéfice) sont supérieurs à ses couts (financiers et non-financiers).

Une relation à long terme permet :

- A l'établissement (fournisseur) avisée d'offrir de meilleur service grâce à sa grande compréhension des besoins de son client En revanche, avec des nouveaux client qu'ils connait moins.
- De construire une confiance mutuelle : le client sait que son fournisseur ne le laisser pas tomber en cas de nécessité. aussi, le client ne changera pas de fournisseur par simple caprice (rendre la relation d'affaire plus routinière c'est-à-dire moins de contrôle et puis réduction des dépenses).
- Au client de gagner psychologiquement par les liens chaleureux qu'il finit par établir avec son fournisseur (l'intimité entre les patients et son médecin).

3-8-2 les avantages pour l'établissement sanitaire :

- Dans le concept de conserver les clients, l'entreprise réduit ses coûts et accroit sa rentabilité à travers de la bonne connaissance des clients et de ses besoins, ce qui minimise les erreurs et les couts (financiers et affectifs).
- Simplifier la gestion et prévoir plus facilement ses propres besoins en personnels, en service ou son font de roulement.

3-8-3 le profil « satisfaction-fidélisation » du client :

La figure ci-après illustre quatre types de relation engendré par l'interaction entre la satisfaction et la fidélisation.

[1]Le profil « satisfaction-fidélisation » du client peut varier d'un secteur de service à l'autre.

3-8-3-1apotre :

Correspondant à un haut niveau de satisfaction, et une fidélisation accrocheur ;

3-8-3-2 mercenaire :

Malgré un haut niveau de satisfaction offert par l'entreprise, la fidélité du client est non garantie, sa loyauté étant conditionnée par un intéressement individualisé ;

3-8-3-3 terroristes :

A l'opposé de l'apôtre, le client est fort mécontent et très peu loyal ; il diffuse autour de lui sa frustration liée à une expérience négative jamais corrigée par le prestataire, il distille aussi une mauvaise réputation qui peut être un cauchemar pour tout prestataire, un mercenaire non satisfait peut aisément basculer et devenir terroriste ;

3-8-3-4 otage :

Malgré une insatisfaction importante, il ne peut se passer du prestataire et est contraint de lui rester fidele, cet usager n'a pas d'alternative, par exemple : service d'électricité, aide publique locale, transport commun, « hôpitaux » pour les patient à faible revenu.

[1] A KAMYAB-SAMII, 2001, stratégie de service »E.business, supply chain », édition dunod, Paris, P, 135

figure 2-11:*le profil de « satisfaction-fidélisation » du client*

élevé
Otages
apôtres
Aviation
Hôpitaux
Fidélisation
Informatique
Automobile
Faible
Terroriste
mercenaire
Insatisfaction totale 1 2 3 4 5 satisfaction totale
Satisfaction

Source : A KAMYAB-SAMII, op citP, 135

3-9 la fidélisation des clients :

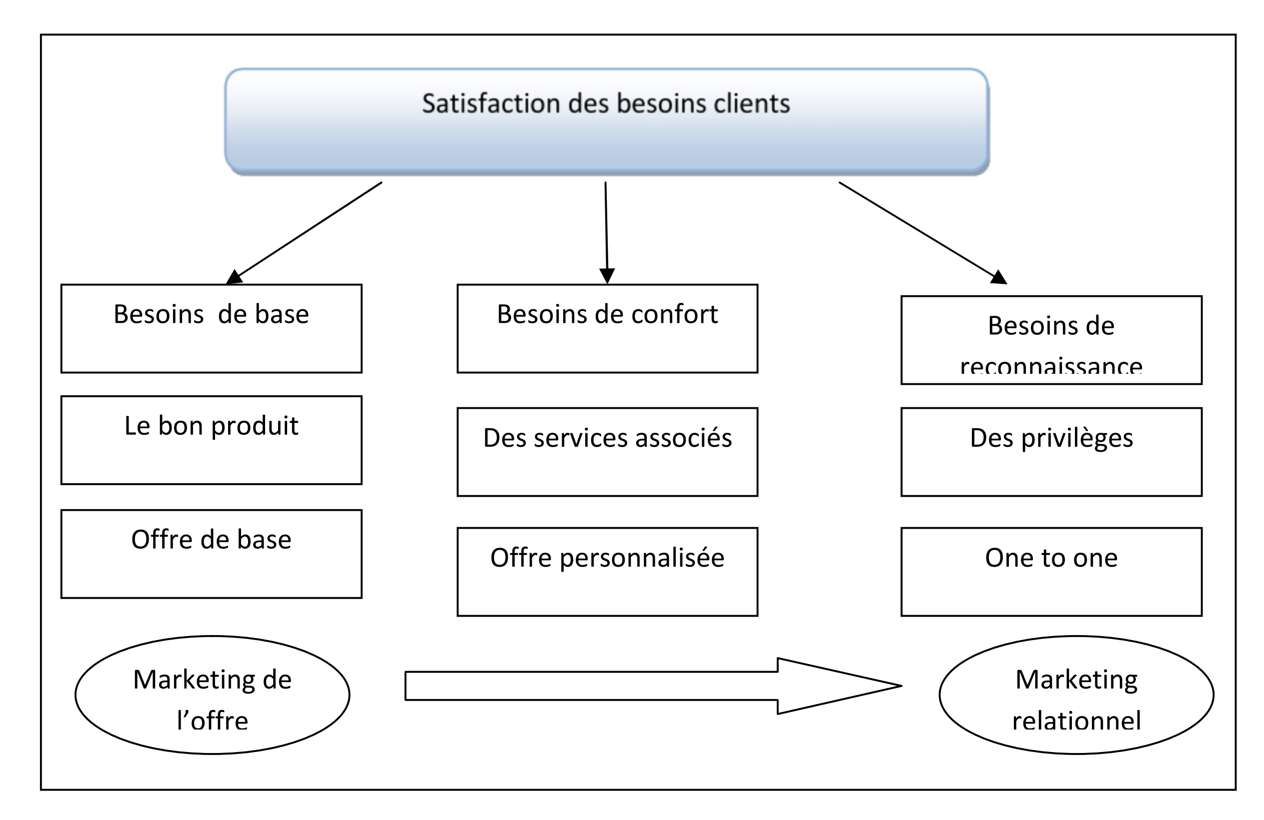
3-9-1 les trois niveaux de fidélisation :

[1]Il existe trois niveaux de fidélisation des clients :

- *Répondre aux besoins vitaux* : le produit ou le service doit correspondre à la promesse et à la valeur attendue par le client ;
- *Répondre aux besoins de confort* : grâce à l'apport de prestations complémentaires et de personnalisation ;
- *Répondre aux besoins de reconnaissance* : par la création de privilèges ou d'un accompagnement personnalisé.

[1] N VAN-LEATHEM,Y LEBON,B DURAND-MEGRET, 2007, du responsable marketing, édition dunod, Paris, P, 182

Figure 2-12 *: trois niveaux de fidélisation*



Source :N VAN-LEATHEM,Y LEBON,B DURAND-MEGRET, 2007, du responsable marketing, édition dunod, Paris, P, 182

3-9-2 les objectifs :

[1]L'entreprise est amenée à fidéliser ses clients pour plusieurs raisons :

- Limiter l'évasion de la clientèle ;
- Conserver ses clients les plus rentables pour l'entreprise et le plus longtemps possible ;
- Accroitre la rentabilité de l'entreprise ;
- Favoriser le prosélytisme, par parrainage spontané ou généré, par bouche à oreille ;

3-9-3 la fidélisation et ses liens avec la profitabilité de l'entreprise :

Voici les avantages en termes de rentabilité d'une approche relationnelle (principe bénéfice) :

[1] N VAN-LEATHEM,Y LEBON,B DURAND-MEGRET, op cit, P, 183

- [1]Acquérir de nouveaux clients coûte cher (publicité, frais commerciaux, formule de financement, etc), et fidéliser ses clients actuels s'avère beaucoup moins couteux en terme non seulement de prospection, mais aussi de promotion.
- Le bouche à oreille positif des clients satisfaits représente le vecteur de communication le plus puisant qui soit non seulement, il est gratuit pour l'entreprise, mais les clients fidèle sont eux-mêmes les meilleurs « ambassadeurs » de l'entreprise (source neutre et désintéressée, augmentation totalement adaptée à l'interlocuteur, relations interpersonnelle s et privilégiées, etc).
- Les clients commencent par faire un usage limité des services offerts par l'entreprise. Par la suite et plus confiants, ils augmentent graduellement leur consommation en connaissant mieux l'entreprise, ses modes de fonctionnement et ses principes d'organisation.
- [2]Les couts opérationnels diminuent au fur et à mesure par les clients « habituent » aux modes de fonctionnement de l'entreprise et qu'ils deviennent plus compétents dans l'usage des services offerts. En outre, vendre de nouvelles prestations à des clients acquis coute moins cher à l'entreprise car, dans ce cas, c'est elle qui les connait déjà.
- Les clients fidèles sont généralement disposés, dans une proportion raisonnable, à payer un prix un peu plus élevé que celui que sont prêts à accepter de nouveaux clients, la confiance instaurée par l'entreprise et l'économie du temps passé à comparer les alternatives de choix peuvent, à cet égard, s'interpréter comme des services supplémentaires pour lesquels le client est disposé à payer un prix peu plus cher.

[1] D LINDON,F JALLAT,2002, le marketing, édition dunod, Paris, 4e édition , P, 254
[2] D LINDON,F JALLAT, P, 254

Conclusion 02 :

[1]« Vous ne pouvez pas gérer ce que vous n'avez pas mesuré »

[2]La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'établissement sanitaire, comme à l'intérieur. Dans ces conditions, les démarches d'évaluation et d'amélioration de cette qualité prennent de plus en plus d'importance dans les modes de gestion des hôpitaux.

Un niveau élevé de satisfaction réduit la sensibilité au prix, accroit la résistance aux offres des concurrents, améliore la réputation de l'établissement sanitaire, et amoindrit les conséquences des problèmes de qualité.

---

[1] P DESMET P,2001, marketing direct, édition Dunod, Paris, 2e édition, P, 37-adapter- !

[2] P AMEREIN, D BARCZYK, R EVRARD, F ROHARD, B SIBAUD,P WEBER, 2001, marketing, édition Nathan, France, P, 190

Chapitre 03 :

étude empirique, les facteurs qui des patients dans les cliniques privées

Section 01 : la structure sanitaire Algérienne

1-1 Historique

[1]Depuis l'indépendance, l'Algérie a consenti des efforts importants sur le plan :

- De l'infrastructure sanitaire
- De l'équipement
- De la formation' potentiel médical et paramédical

1-1-1 après-indépendance

[2]Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens) pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants.

Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (180 ‰), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans et des maladies transmissibles sévissant à l'état endémique, d'une ampleur sans égale, responsables d'une importante cause de décès et de handicaps. Les ressources étant limitées, le ministère de la Santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins.

L'action sur le terrain se distinguait par la mise en œuvre de programme de santé destiné à la protection des populations et la prévention des maladies prévalentes. À ce titre, la vaccination obligatoire de tous les enfants a été instituée, le programme d'éradication du paludisme a été lancé avec succès. Le médicament a bénéficié de larges facilités de production, d'importation et de distribution.

---

[1] Dr DAMECHE ; dr FRIHAA ; mr FAOUANIF ; « le système santé en Algérie entre réalisés et perspectives », ppt ; P ; 02

[2]http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2491

1-1-2 La phase de transition

La deuxième décennie après l'indépendance a été marquée par trois faits majeurs :

- l'instauration de la gratuité des soins (janvier 1974), ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;
- la réforme des études médicales visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens;

- la création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé. Afin d'étendre la couverture sanitaire, il a été réalisé durant cette période un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier des hôpitaux, des structures légères (polycliniques et centres de santé) ainsi que des centres hospitalo-universitaires (au nombre de treize) chargés d'une triple mission: soins, formation et recherche.

  - *Sur le plan sanitaire*, un recul de la mortalité a été enregistré, lié à la fois à l'amélioration du niveau de vie de la population et à la mise en œuvre des programmes nationaux de santé, tels que la lutte contre la tuberculose, le programme élargi de vaccination…
  - *Sur le plan épidémiologique*, la baisse notable de certaines maladies transmissibles annonçait l'amorce d'une transition.
  - En parallèle, l'évolution des comportements allait vers une maîtrise de la fécondité amorçant également une transition sur le plan démographique.

1-2 Le système sanitaire Algérien :

[1]Le système de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

L'infrastructure hospitalière publique est constituée d'hôpitaux, d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS), et de Centres hospitalo-universitaires (CHU).

Les infrastructures de consultations, de soins et de prévention comprennent les polycliniques, les centres de santé et salles de soins, les centres médico-sociaux, les unités de dépistage et de suivi de santé scolaire, les unités de médecine préventive en milieu universitaire, les centres de transfusion sanguine et les officines de pharmacie.

On note depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé en **1988 (décret 88-204)**, une très nette multiplication des cliniques privées, cabinets privés spécialistes et généralistes, cabinets dentaires, cabinets de groupe, centres radiologiques et d'hémodialyse et des officines pharmaceutiques sur tout le territoire algérien.

Le système de sécurité sociale en Algérie est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux, regroupés en cinq branches. L'assurance-maladie fait partie de la branche des assurances sociales.

[2]Instaurée en 1959, l'assurance-maladie, a été, comme l'ensemble du système de sécurité sociale, réformée en 1983. Elle repose sur un système d'assurance à base professionnelle, financée par les cotisations salariés et employeurs. Sont bénéficiaires de l'assurance-maladie :

- les travailleurs salariés,

---

[1] http// :www.gipspsi.org/GIP_FR/content/.../2927/.../**Algérie**.pdf P :02,03

[2] http// :www.gipspsi.org/GIP_FR/content/.../2927/.../**Algérie**.pdf P :02,03

- les travailleurs indépendants,
- les anciens travailleurs titulaires d'avantages de sécurité sociale,
- les groupes spécifiques (étudiants, personnes handicapées, démunies bénéficiant de l'aide sociale d'Etat, apprentis, etc.) ainsi que leurs ayant-droits.

La gestion du système est assurée par deux organismes :
- la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés
- la Caisse nationale de sécurité sociale des non salariés

Ces deux organismes sont dotés de conseils d'administration et sont placés sous tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale.

L'assurance-maladie couvre 28 millions de personnes (assurés et ayant-droits), soit près de 87% de la population.

1-3 La structure sanitaire avant et après l'année 2007 :

- ✓ [1]Avant 2007 : le secteur de la santé avant cette année été composé comme suite :
- Ministère de la santé
- Les directions de santé et de population
- CHU « centre hospitalo-universitaire »
- EHS « établissement hospitalier spécialisé »
- Secteurs sanitaires (regroupe un hôpital et extrahospitalière ou bien uniquement extrahospitalière).
- Des polycliniques
- Des centres de santé
- Des salles de consultation et de soins.
- ✓ [2]Après 200 7 : les nouvelles reformes engagées dans le secteur de la santé ces dernières années, dans le but d'améliorer la qualité des services offerts aux patients, ont permis de mettre en place un nouvel organigramme en matière de répartition des structures sanitaires et du personnel médical.

[1] DSP « Directions de la Santé et de la Population » le Tlemcen, juin 2010
[2] http// ; www. Allafrica.com/stories/201009131505.html –adapter-

l'apparition des décrets exécutifs **N° 07-140 du 19 mai 2007** portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité , a apporté certaines modifications, notamment à la disposition des secteurs sanitaires et des centres de santé.

Pour ce qui est le secteur sanitaire, le secteur sanitaire qui été composé d'un hôpital et des structures extrahospitalières a subit un découpage : EPH « établissement populaire hospitalier » (autonomie de gestion), tant dit les secteurs sanitaires qui étaient composés uniquement de structure extrahospitalière c'est –à-dire sans hôpital, sont devenus des EPSP « établissement populaire de santé de proximité » (autonomie de gestion).

Section 02 : les établissements hospitaliers privés en Algérie :

2-1 l'ouverture d'une clinique privée :

[1]Conformément aux dispositifs de la loi n° **85-05** du **16 février 1985** relative à la protection et la promotion de la santé , modifiée et complétée par la loi n°**88-15** du **03 mai 1988**, les activités de santé à titre privé sont exercées aussi bien dans les cabinets de consultation et de soins, les cabinets dentaires, les officines , les laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale, et de lunetterie, de prothèse médicale, que dans les cliniques.

L'ouverture des cliniques privées est assujettie à un certain nombre de critères fixés par l'arrêté ministériel du **22 octobre 1988** fixant les normes techniques et sanitaires ainsi les condition de fonctionnement de ces cliniques, alors toute réalisation de ce type de structure devra être en adéquation avec les critères contenus dans l'arrêté sus cité.

[1] DSP de Tlemcen : Instruction n° 586 du 21 décembre 1988 (modifiée et complétée)

2-2 l'enjeu majeur des Cliniques privées :

[1]Le jeu de la concurrence impose déjà aux établissements privés de maintenir voire d'élargir sa clientèle. Les responsables sont donc appelés à s'interroger sur leurs points faibles et à valider ce qu'ils considèrent comme leurs points forts, s'ils veulent assurer la pérennité de leur entreprise et jouer pleinement leur rôle économique et social.

Pratiquer une politique de qualité n'est pas obligatoirement synonyme d'une augmentation des dépenses. Il s'agit d'utiliser plus efficacement les moyens disponibles afin de garantir et de maintenir la rigueur des prestations fournies, ce qui implique d'optimiser les investissements financiers à partir d'une appréciation objective des besoins.

---

[1] http://www.continentalnews.fr/actualite/sante,7/remise-a-niveau-du-systeme-de-sante-algerien,6506.html

<u>Les efforts de la ministère de la santé vers l'amélioration des pratiques du secteur privé :</u>

[1]Selon les déclarations du ministre qui insiste sur la nécessité que ces établissements privés soient complémentaires avec ceux publics, «les sanctions pourraient aller jusqu'à la fermeture en cas d'infractions graves à la règlementation».
«Les prix sont excessifs alors que les prestations de services ne diffèrent pas tellement de ceux des hôpitaux
Mettre de l'ordre dans ces cliniques est le souhait de tous bien que, soutiennent-ils, la meilleure solution réside dans l'amélioration des prestations de services dans les structures publiques. Car, devrions-nous le souligner, si des hommes et des femmes ont opté pour les services de ces établissements privés, ce n'est pas parce qu'ils sont riches.

Ce n'est pas parce qu'ils se voient dans le droit de réclamer des soins de haut niveau, dans un cadre prestigieux, en fonction de leur position sociale. Ce sont les mauvaises conditions de prise en charge et le mauvais accueil dans les hôpitaux qui les font fuir et les décident à se faire soigner dans des cliniques privées même en devant payer cher.

«Les gens ont perdu confiance dans les hôpitaux. Ces dernières années, il y a une amélioration mais cela reste insuffisant. C'est pour cela que les cliniques privées sont d'un grand apport pour le secteur», soulignent des professionnels de la santé. Malheureusement, pour de nombreux citoyens, les choses ne sont pas comme ils les imaginaient.

Des cliniques manquent terriblement de moyens matériels. Certaines ne disposent pas d'appareils de radio ni de couveuses. D'autres n'ont pas de

---

[1] www.afriquejet.com/.../**algerie**/sante-**algerie**:-le-controle-des-**cliniques-privees**-est-une-bonne-chose-2010101958640.htm

pédiatres pour s'occuper des nouveau-nés.

Des femmes l'ont constaté à leurs dépens. «Personnellement, je préfère mille fois l'hôpital. Jamais je ne retournerai dans une clinique privée», insiste une jeune mère qui affirme avoir failli perdre «bêtement» son bébé «par négligence» du personnel paramédical. Pour d'autres patients, il est nécessaire de trouver un moyen de rendre l'hôpital accessible à tous.

La cherté des prix dans ces établissements privés en est la principale cause : «C'est trop cher, beaucoup s'endettent pour pouvoir se permettre le luxe de se faire soigner dans une clinique privée.»

Force est de reconnaître toutefois que quels que soient les efforts des pouvoirs publics visant la satisfaction de cette demande, l'aide des cliniques privées est nécessaire, voire indispensable.

C'est partant de ce constat que le ministre a pris sa décision de procéder à «l'enquête» pour éliminer les établissements qui ne répondent pas aux normes et aider à l'amélioration des services dans les autres.

«Les bons ne doivent pas payer pour les mauvais», demandent des médecins du secteur privé. L'autre souhait de ces médecins et de tous les professionnels de la santé, ainsi que des simples citoyens, est que ce genre de contrôle ne soit pas limité dans le temps : «Nous appelons à la continuité dans ce genre d'opérations. Il ne faut pas que ce soit occasionnel et limité dans le temps.»

2-4Explication de quelques facteurs techniques et non-techniques :

Pendant tous la durée de l'hospitalisation, l'ensemble du personnel médical, paramédical, médico-technique, logistique, technique et administratif sera présent pour assurer une meilleure condition de soins et de séjour.

Un ensemble des facteurs regroupent en deux types , ont un impact sur la satisfaction des patients pendant leur séjour dans un établissement hospitalier.

2-3-1Les facteurs techniques :

- *L'intervention chirurgicale* : la chirurgie est une technique médicale consistant en une intervention physique sur les tissus, notamment par incision et suture. cette technique repose sur l'application des connaissances préalables et des expériences, elle exige des personnes « chirurgiens » compétents afin d'éviter au maximum les erreurs médicales et tomber dans la piège de décès de patient.
- *Les soins infirmier* : la formation infirmière est centrée sur la prise en charge globale de la personne soignée, son rôle n'est pas négligé puisque la présence des infirmiers est plus longue que d'autre personne soignants.

  La connaissance, la présence, la surveillance, l'attention, la rapidité et la courtoisie sont parmi les attributs essentiels pour un infirmier qualifie.

L'enregistrement des données, le nettoyage des plaies, le bandage, la surveillance médicale et servir le patient sont parmi les activités des infirmiers.

- *La prise en charge des douleurs et des complications* : une bonne prise en charge des douleurs et des complications du patient par le soignant n'est possible que s'il y'a une relation de collaboration entre soignant et soigné d'un coté, et entre les différents soignants.
- *Le diagnostic* référentiel est la méthode et le processus dynamique par lequel un médecin utilise la méthode scientifique, ses compétences (acquises à la faculté de médecine, formation, à l'internet et le savoir issu de sa pratique quotidienne), pour prendre l'anamnèse, examiner le patient, et faire les examens appropriés pour déterminer la nature et la gravité de la maladie du patient et même déterminer le traitement adéquat à cet état « thérapeutique ».

2-3-2Les facteurs non-techniques :

- *Les visites et le calme* :

  *éviter les présences prolongées et les venues en groupes qui risquent de troubler le repos du patient et peuvent perturber le travail quotidien du personnel

  *reporter à plus tard les visites, s'ils sont atteints d'une infection quelconque.

  *de ne pas amener des jeunes enfants susceptibles d'être impressionnés par le contexte hospitalier ou de se trouver exposés à des risques contagion.

  *des études récentes indiquent que la chambre individuelle engendre la tranquillité et le calme pour le patient.

- *La sécurité* :

  *hygiène et la lutte contre les infection nosocomiales : l'infection nosocomiale est une infection contractée lors d'une hospitalisation , c'est un risque constant dans tous les établissements de santé , et une préoccupation permanente des soignants, car souvent liée aux activités de soins.

  Certaines de ces infections concernent des patients dont l'état général est altéré, d'autre peuvent par contre être évitées par la mise en œuvre d'action de la prévention adaptées.

  *le transport : afin de faciliter la transmission des cas urgents, il est indispensable de trouver des ambulances, des véhicules de secours.

  *la sécurité des personnes : les règles de sécurité doivent être impérativement respectées par tous (interdiction de fumer dans l'établissement sanitaire « interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif », interdit d'apporter des bouteilles contenant des liquides inflammables , des cartouches de gaz, des appareils de chauffage électrique, etc.

  *sécurité de vos biens : à l'arrivée du patient et pour leur sécurité ,il est imprudent de garder avec lui argent, titres de paiement, bijoux ou objets de valeur.

- *Le confort* : une chambre équipée est importante pour le patient.
- *Infirmation médicale* : les médecins ont une obligation d'information

  vis-à-vis des patients, il doit donner aux patients qu'ils examinent, soignent ou consultent une information claire et appropriée sur les investigations pratiquées, les actes de prévention utiles, diagnostic, pronostic, risques fréquents ou graves normalement prévisibles, sur leur état de santé, les traitements, et les soins proposées
- *Les repas* :

  *des repas tenant compte de tous les régimes

  *l'alimentation faisant partie du soin.

  *des diététiciennes participent à l'élaboration des menus spécifiques.

  *processus de fabrication et de distribution des repas doit satisfaire au respect des règles absolues d'hygiène et de diététique.

Section 03 : *l'enquête satisfaction*

Enquêtes de satisfaction auprès des patients hospitalisés sont réalisées dans le cadre de la démarche qualité, l'évaluation de la satisfaction des patients étant un des indicateurs de la qualité des soins et des prestations fournies par une clinique privée.

3-1 l'objectif majeur de l'étude :

L'objectif majeur de cette étude est de vérifier la réalité qui est notre but principal. Mais avant l'étude de terrain, nous essaierons de noue baser sur la théorie c'est-à-dire l'application du marketing des services dans les établissements sanitaire, notamment les cliniques privées à travers plusieurs écrits (ouvrages et références) disponibles dans cette matière.

- Dresser un état des lieux sur l'information et les modalité d'évaluation de la qualité des soins auprès du patient.
- Quantifier les perceptions des patients : leur vécu de la qualité des soins.
- Elaborer quelques facteurs chiffrés, validés et fiables reflètent le niveau de la qualité de soins au sein de l'établissement hospitalier privé et qui permet d'estimer la satisfaction ou l'insatisfaction des patients (facteurs de la qualité technique et facteurs de qualité non-technique).

3-2Elément méthodologique :

3-2-1 l'enquête transversale :

Cette enquête a été réalisée par questionnaire auprès des patients présents dans l'établissement hospitalier privé

*La durée de cette enquête est : entre le 01/06/2010 jusqu'au 30/07/2010

*Cette enquête a été réalisée dans 03 cliniques privées :

- La clinique « LES CASTORS » au niveau de la wilaya de Mostaganem
- La cliniques « LES DAHLIAS » au niveau de la wilaya de Tlemcen
- La clinique « TABET » au niveau de la wilaya de Tlemcen

3 2-2 outils questionnaire :

Nous avons choisi le questionnaire qui est l'outil le plus cité dans la littérature pour les enquêtes de la satisfaction. Celui-ci cherche à explorer différentes dimensions de la satisfaction des patients par des questions simple, construites en tenant compte de la forme et du fond.

Un court texte de présentation introduit le questionnaire et permet à chaque patient de comprendre l'intérêt et le but de cette enquête, avant de l'assurer de la confidentialité de ses réponses et de son anonymat.

Nous avons été attentifs de la formulation des questions qui évitent un « jargon trop médical », peu compréhensible.

Le modèle de questionnaire a été élaboré à travers d'autres recherches, par un simple exemple : le questionnaire faite par la HAS » haute autorité de santé ».

- Nombre des questionnaires distribués dans chaque clinique :

Tableau 3-1 *: Nombre des questionnaires distribués dans chaque clinique*

Clinique privée	***nombre***	***pourcentage***
La clinique « LES CASTORS »	90	60%
La cliniques « LES DAHLIAS »	30	20%
La clinique « TABET »	30	20%
total	150	100%

3-2-3 la population enquêtée :

Le choix de la population enquêtée constituait un critère de réussite. La population enquêtée inclut un nombre de 50 patients hospitalisés à chaque clinique, avec un taux de réponse de 100%.

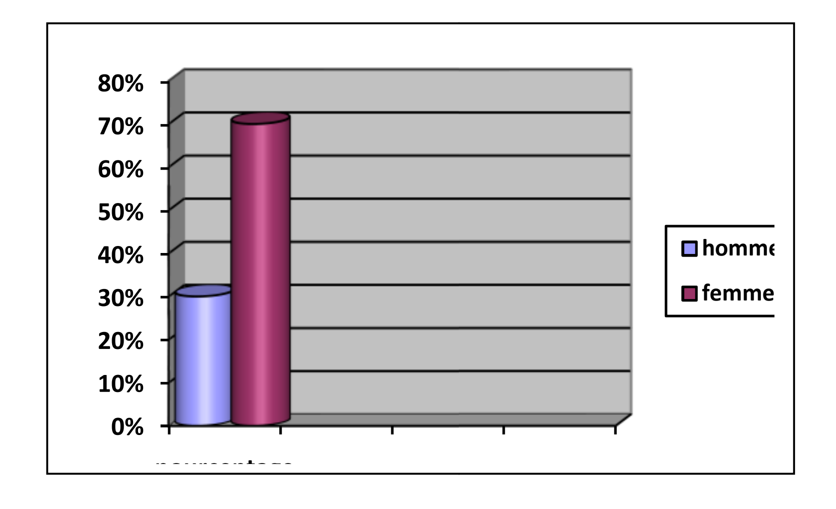
3-2-3-1 la répartition de la population enquêtée :

- *Répartition par sexe* :

Tableau 3-2 *: Répartition par sexe*

	nombre	**pourcentage**
hommes	45	30%
femmes	105	70%
total	150	100%

figure 3-1 *: Répartition par sexe*

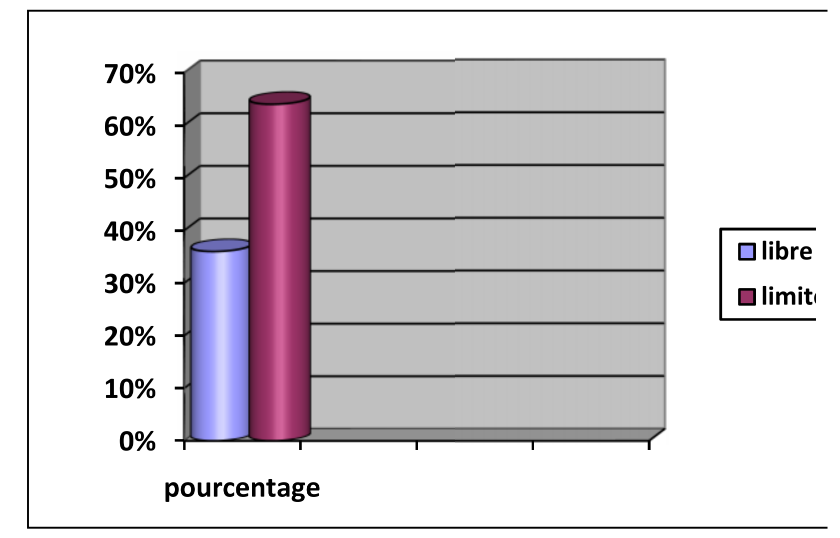


La majorité des répondeurs sont des femmes (70%).

- *Répartition par âge* :

Tableau 3-3 *: répartition par âge* ***figure*** *3-2: répartition par âge*

	nombre	pourcentage
20-30	72	48%
31-40	51	34%
41-50	06	04%
51-60	12	08%
61 et plus	09	06%
total	150	100%

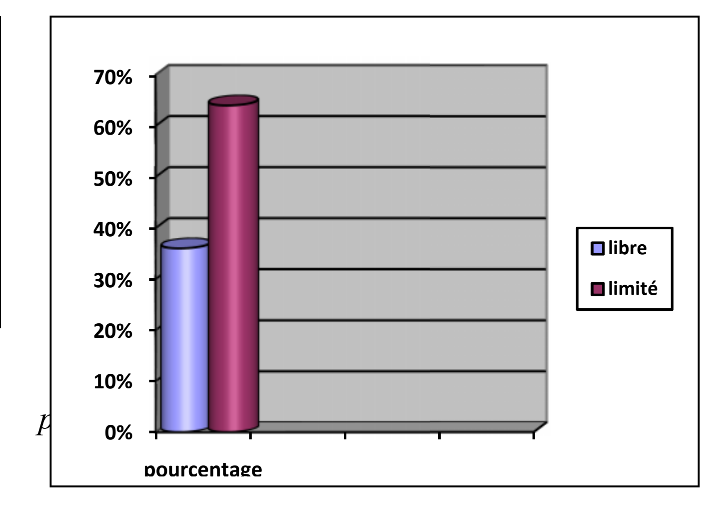


La plupart des enquêtés sont des personnes entre 20-30 ans (48%).

- *Le choix de la clinique privée* :

Tableau 3-4 : Le choix de la clinique privée ***Figure 3-3*** *: Le choix de la clinique*

	nombre	pourcentage
libre	54	36%
limité	96	64%
total	150	100%



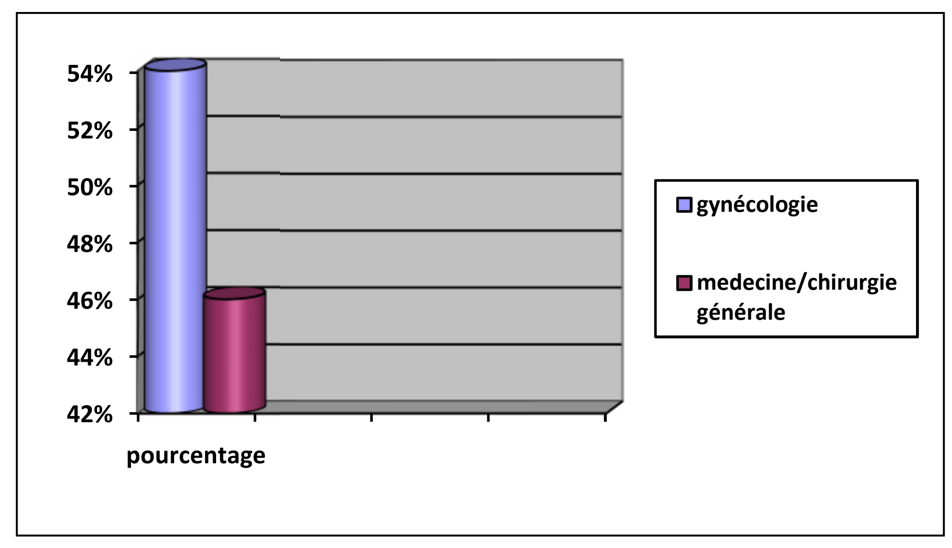
la majorité des patients n'ont pas la capacité de choisir leur établissement, ils sont orientés vers la clinique soit par leur médecin ou bien par l'hôpital (64%).

- *Les cas hospitalisés :*

***Tableau 3-5** : Les cas hospitalisés*

	nombre	pourcentage
Génécologie/obstétrique	81	54%
Médecine / chirurgie générale	69	46%
total	150	100%

Figure 3-4 : Les cas hospitalisés



Nous avez occasionnellement interrogé les cas hospitalisés en service de gynécologie/obstétrique (54%)

3-2-4 critère d'inclusion et d'exclusion :

3-2-4-1 critère d'inclusion :

- Tous les patients dont l'état de santé permet de participer en connaissance de cause à cette enquête (capacité de compréhension, d'expression), et hospitalisés dans un service de l'établissement concerné.
- Prise en considération des réponses du patient uniquement à l'exclusion de l'expression des membres de son entourage.

- Eviter la présence du personnel de l'établissement le moment de remplir le questionnaire.

3-2-4-2 critère d'exclusion :

- Les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en chirurgie ambulatoire, en externe, en consultation.
- Les patients admis le jour de l'enquête.

3-3 l'analyse des résultats :

3 -3-1 L'analyse et résultats de modélisation des équations structurelles :

Pour tester notre modèle théorique, nous avons utilisé une analyse d'équations structurelles. Nous avons suivi la démarche de « développement de modèle » utilisé par (Hair et *alii*, 1998 ; Raykov et Marcoulides, 2000) : élaboration des modèles structurels et de mesures (en intégrant les variables observables de chacun des construits de la figure (01)), sélection de la matrice d'entrée de données (matrice de covariance), sélection de la méthode de l'évaluation (maximum de vraisemblance), sélection des indices d'ajustement (Chi-deux sur degrés de liberté, RMSEA, GFI), validation individuelle des construits (modèle de mesure) et validation du modèle structurel. Tous les traitements ont été effectués avec le logiciel Statistica 8.

Pour la validation du modèle structurel, nous avons utilisé la démarche en deux étapes d'Anderson et Gerbing (1988) :

(1) validation du modèle de mesure par d'analyse factorielle confirmatoire (Hair et *alii*, 1998)

(2) évaluation des liens structurels théoriques entre les variables latentes par l'évaluation des mesures d'ajustement du modèle intégré (Hair et *alii*, 1998). Avant cela, nous avons épuré les échelles par le biais du logiciel SPSS.

3-3-2Notion de modèle :

[1]Un modèle spécifie un ensemble de relation hypothétique entre des variables mesurées et des variables latentes.
variables mesurées : une variable pour laquelle on dispose de mesures expérimentales ;
variables latentes : une variable non observée dont on suppose que les variables mesurées reflètent les effets ;

Au total, le modèle se partitionne en deux sous-modèles : le modèle de mesure et le modèle structurelle.
le modèle de mesure : [1] Il décrit l'ensemble des relations impliquées par les variables mesurées ;
Le modèle structurelle : Il décrit les relations impliquées exclusivement les variables latentes ;

3-4 le modèle de mesure :

3-4-1 la validation du modèle de mesure :

L'objectif de cette validation est de vérifier de l'unidimensionnalité, de la fiabilité et des contributions factorielles des construits au moyen de l'analyse factorielle confirmatoire. Les résultats obtenus de l'ajustement de modèle de mesure sont illustrées dans le tableau suivant.

[1] w3.univ-tlse2.fr/ltc/raufaste/Pages/Etudiants/.../SEM.htm

Tableau 3-6 : *Les indices d'Ajustement du modèle de mesure*

Mesure	Le seuil acceptable	Ajustement du modèle de mesure
Chi² (χ^2)		414.857
Degre de liberté (ddl)		90
Probabilité	**0.05<**	0.000
χ^2 / ddl	**[2 - 5]**	4.609
Steiger and Lind RMSEA Index	**[0.04 – 0.08]**	0.075
Joreskög and Sorböm GFI	Proche de **0.9**	0.801
Joreskög and Sorböm AGFI	Proche de **0.9**	0754
Joreskög and Sorböm RMR	**[0.04 – 0.08]**	0.078
Population Gamma Index	Proche de **0.9**	0.849
Adjustment Population Gamma Index	Proche de **0.9**	0.793
Bentler and Bonett Normed Fit Index (NFI)	Proche de **0.9**	0.701
Bentler Comparative Fit Index (CFI)	Proche de **0.9**	0.968
Bollen's Rho		0.65
Bollen's Deltha		0.71
McDonald Noncentrality Index		0.600

Selon les valeurs calculées, nous observons que la qualité d'ajustement du modèle est bonne :

- Chi-deux (**X^2**) égale à 414.857, afin de vérifier la validité discriminante de chaque variable.
- Le **ddl** « degré de liberté »égale à 90 (**ddl≥ 0**)
- Le rapport entre **X^2** et **ddl** égale à 4.609, inclus dans l'intervalle **[2,5]**, il est acceptable.

Les autres indices d'ajustement sont bons puisque :

- **RMSEA** égale à **0.075,** inclus dans l'intervalle **[0.04,0.08].**

- **GFI= 0.801 (proche de 0.9**).
- **AGFI= 0.754 (proche de 0.9**).
- **RMR= 0.078 (entre 0.04 et 0.08**).
- **PGI = 0.849 (proche de 0.9**).
- **APGI=0.793(proche de 0.9**).
- **NFI =0.701 (proche de 0.9**).
- **CFI =0.968 (proche de 0.9**).
- **Bollen's Deltha=0.65.**
- **Bollen's Deltha= 0.71.**
- **McDonald Noncentrality Index =0.600**.
- **P=0** (**<0.05**).

Alors, nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle de mesure représentent des **résultats acceptables**, qui nous permet de poursuivre l'analyse du modèle structurel.

3-4-2 les indices de symétrie du modèle de mesure :

Les valeurs négatives signifient que les réponses tendre vers la droite (échelle 4 et 5) et au contraire.

Tous les valeurs quelque soit positives ou négatives représentent les échelles utilisés dans la mesure :

1 : pas du tout satisfait   2 : peu satisfait   3 : moyennement satisfait

4 : satisfait   5 : très satisfait

Selon le tableau suivant, les mesures montrent que la majorité des résultats des indices de symétrie sont négatifs parce qu'ils sont localisés entre -1 et 0 (les réponses tendre vers les grandes valeurs c'est-à-dire vers les échelles 4 : satisfait, et 5 : très satisfait).sauf la variable **QLS3** (**QLS3=0.358**) tendre vers la gauche (vers les petites valeurs c'est-à-dire vers l'échelle 1 : pas du tout satisfait).

Tableau 3-7 *: les indices de symétries du modèle de mesure*

Variables manifestes	**Skewness**	**Corrected**	**Normalized**
FT1	-0,556	-0,562	-2,780
FT2	-1,399	-1,414	-6,997
FT3	-0,547	-0,552	-2,733
FT4	-0,554	-0,560	-2,771
FN1	-0,040	-0,040	-0,199
FN2	-0,847	-0,855	-4,234
FN3	-0,659	-0,666	-3,294
FN4	-0,547	-0,552	-2,733
FN5	-0,276	-0,279	-1,382
FN6	-0,786	-0,794	-3,930
QLS1	-1,385	-1,399	-6,927
QLS2	-0,481	-0,486	-2,406
QLS3	0,358	0,361	1,789
QLS4	-0,230	-0,232	-1,148
QLS5	-0,302	-0,305	-1,509

3-4-3 les indices d'aplatissement du modèle de mesure :

Les données sont fiable si leur valeur ne dépasse pas **08**.

Le tableau ci-après représente les résultats des indices d'aplatissement du modèle de mesure :

- Tous les résultats négatifs (**FT1= -0.668, FT3= -0.917, FN2= -0.536, FN3= -0.677, FN4= -0.917, FN5= -1.012, FN6= -0.508, QLS2= -0.442, QLS4= -0.531, QLS5= -0.655**), expliquent que les réponses sont divergentes (la courbe est étendue, dans ce cas les réponses sont différentes).
- Tous les résultats positifs (**FT2= 1.758, FT4= 0.408, FN1= 0.324, QLS1= 2.167, QLS3= 0.157**), signifient que les réponses sont plus proches entre elles ou bien centrées (courbe pointue)

Tableau 3-8 : *les indices d'aplatissements du modèle de mesure*

Variables manifestes	Kurtosis	Corrected	Normalized
FT1	-0,668	-0,650	-1,671
FT2	1,758	1,860	4,396
FT3	-0,917	-0,907	-2,292
FT4	0,408	0,463	1,019
FN1	0,324	0,376	0,811
FN2	-0,536	-0,513	-1,339
FN3	-0,677	-0,659	-1,694
FN4	-0,917	-0,907	-2,292
FN5	-1,012	-1,005	-2,530
FN6	-0,508	-0,484	-1,270
QLS1	2,167	2,282	5,417
QLS2	-0,442	-0,416	-1,104
QLS3	0,157	0,203	0,393
QLS4	-0,531	-0,508	-1,328
QLS5	-0,655	-0,636	-1,637

3-4-4 la contribution factorielle du modèle de mesure :

Le meilleur indice que nous pouvons utiliser pour tester la signification est le **t de student**, à condition que le teste de **t de student** est supérieur à **1.96** au niveau de signification de **05%** pour chaque contribution factorielle des variables latentes.

Dans le tableau suivant, la deuxième colonne représente les résultats estimés des contributions factorielles (équivaloir à covariance) entre les variables latentes et les variables observées.

L'analyse factorielle confirmatoire est renforcée par 4 items de facteur technique, 6 items de facteur non-technique et 5 items de qualité des soins.

Les tableaux ***3-9*** donne le résumé des contributions factorielles entre les variables latentes et les variables mesurées.

Tableau 3-9 *: la contribution factorielle du modèle de mesure*

Les variables latents et ses variables manifestes	**Contribution factorielle** λ	**Erreur type**	**T de Student** 1.96 <	**Niveau de probabilité** <0.05
(FT)-1->[FT1]	0,557	0,035	15,828	0.000
(FT)-2->[FT2]	0,578	0,047	12,187	0.000
(FT)-3->[FT3]	0,507	0,034	15,097	0.000
(FT)-4->[FT4]	0,114	0,058	1,976	0.000
(FN)-5->[FN1]	0,319	0,049	6,536	0.000
(FN)-6->[FN2]	0,350	0,064	5,518	0.000
(FN)-7->[FN3]	0,314	0,093	3,371	0.000
(FN)-8->[FN4]	0,246	0,049	4,976	0.000
(FN)-9->[FN5]	0,499	0,063	7,911	0.000
(FN)-10->[FN6]	0,388	0,060	6,469	0.000
(QLS)-21->[QLS1]	0,497	0,059	8,485	0.000
(QLS)-22->[QLS2]	0,957	0,072	13,249	0.000
(QLS)-23->[QLS3]	0,550	0,046	12,040	0.000
(QLS)-24->[QLS4]	0,923	0,061	15,125	0.000
(QLS)-25->[QLS5]	0,837	0,056	14,940	0.000

Les formules générales

$$FT_n = \lambda_n FT + \xi_n$$

$$FN_n = \lambda_n FN + \xi_n$$

$$QLS_n = \lambda_n QLS + \xi_n$$

✓ ***Les facteurs techniques* :**

Tableau 3-10 *: Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques*

indicateurs	***équations***	***(λ,P<0.05)***	***résultat***
Indicateur 1	FT1= 0.557 FT+ 0.035	$\lambda_1 = 0.557$	bon
Indicateur 2	FT2= 0.578 FT+ 0.047	$\lambda_2 = 0.578$	bon
Indicateur 3	FT3= 0.507 FT+ 0.034	$\lambda_3 = 0.507$	bon
Indicateur 4	FT4= 0.114 FT+ 0.058	$\lambda_4 = 0.114$	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur FT1 qui représente la qualité de diagnostic des praticiens dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\boldsymbol{\lambda_1 = 0.557}$, $P<0.05$] est bon.
- l'indicateur FT2 qui représente la qualité de l'intervention chirurgicale, dont leur contribution factorielle [$\boldsymbol{\lambda_2 = 0.578}$, $P<0.05$] est bon.
- l'indicateur FT3 qui représente les soins infirmiers offerts dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\boldsymbol{\lambda_3 = 0.507}$, $P<0.05$] est bon.

- l'indicateur FT4 qui représente la prise en charge des douleurs et des complications dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_4 **=0.114**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable du facteur technique.

✓ ***Les facteurs non- techniques :***

Tableau 3-11 *: Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques*

indicateurs	***équations***	***(λ,P<0.05)***	***résultat***
Indicateur 1	FN1= 0.319 FN+ 0.049	λ_1 =0.319	bon
Indicateur 2	FN2= 0.350 FN+ 0.064	λ_2 =0.350	bon
Indicateur 3	FN3= 0.314 FN+ 0.093	λ_3=0.314	bon
Indicateur 4	FN4= 0.246 FN+ 0.049	λ_4 =0.246	bon
Indicateur 5	FN5=0.499 FN +0.063	λ_5 =0.499	bon
Indicateur 6	FN6=0.388 FN +0.060	λ_6 =0.388	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur FN1 qui représente la propreté de l'endroit et des personnels dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_1 **=0.319**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN2 qui représente e comportement des personnes médicales et non-médicales dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_2 **=0.350**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN3 qui représente l'information médicale, dont leur contribution factorielle [λ_3 **=0.314**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN4 qui représente e confort de la chambre dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_4 **=0.246**, ***P<0.05***] est bon

- l'indicateur FN5 qui représente la propreté de e calme dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [**λ_5 =0.499**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN6 qui représente la qualité des repas dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [**λ_6 =0.388**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable du facteur non- technique.

✓ ***La qualité des soins:***

Tableau 3-12 *: Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins*

indicateurs	***équations***	***(λ,P<0.05)***	***résultat***
indicateur 1	QLS1= 0.497 QLS+ 0.059	λ_1 =0.497	bon
Indicateur 2	QLS2= 0.957 QLS+ 0.072	λ_2 =0.957	bon
Indicateur 3	QLS3= 0.550 QLS+ 0.046	λ_3=0.550	bon
indicateur 4	QLS4= 0.923 QLS+ 0.061	λ_4 =0.923	bon
Indicateur 5	QLS5=0.837 QLS +0.056	λ_5 =0.837	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur QLS1 qui représente e résultat médical, dont leur contribution factorielle [**λ_1 =0.497**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS2 qui représente la prestation complète de l'établissement par rapport à d'autre établissement (hôpital) , dont leur contribution factorielle [**λ_2 =0.957**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS3 qui représente la compétence et le contact humain des personnels médicaux et non-médicaux dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [**λ_3 =0.550**, ***P<0.05***] est bon.

- l'indicateur QLS4 qui représente la les frais engagés par rapport à l'ensemble de séjour, dont leur contribution factorielle [$\boldsymbol{\lambda_4}$ **=0.923**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS6 qui représente 'adéquation entre les attentes et les services fournis, dont leur contribution factorielle [$\boldsymbol{\lambda_6}$ **=0.837**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable de la qualité des soins.

3-5 le modèle structurel :

3-5-1 la validation du modèle de mesure :

Tableau 3-13 *: Les indices d'Ajustement du modèle structurel.*

Mesure	Le seuil acceptable	Ajustement du modèle de mesure
Chi^2 (χ^2)		437.883
Degre de liberté (ddl)		88
Probabilité	**0.05<**	0.000
χ^2 / ddl	**[2 - 5]**	4.97
Steiger and Lind RMSEA Index	**[0.04 – 0.08]**	0.08
Joreskög and Sorböm GFI	Proche de **0.9**	0.767
Joreskög and Sorböm AGFI	Proche de **0.9**	0.682
Joreskög and Sorböm RMR	**[0.04 – 0.08]**	
Population Gamma Index	Proche de **0.9**	0.849
Adjustment Population Gamma Index	Proche de **0.9**	0.793
Bentler and Bonett Normed Fit Index (NFI)	Proche de **0.9**	0.737
Bentler Comparative Fit Index (CFI)	Proche de **0.9**	0.729
Bollen's Rho		0.686
Bollen's Deltha		0.775
McDonald Noncentrality Index		0.512

Selon les valeurs calculées dans le tableau ci-avant, nous remarquons que la qualité d'ajustement du modèle est bonne :

- Chi-deux (**X^2**) égale à 437.883, afin de vérifier la validité discriminante de chaque variable.
- Le **ddl** « degré de liberté »égale à 88 (**ddl≥ 0**)
- Le rapport entre **X^2** et **ddl** égale à 4.97, inclus dans l'intervalle **[2,5]**, il est acceptable.

Les autres indices d'ajustement sont bons puisque :

- **RMSEA** égale à **0.08,** inclus dans l'intervalle **[0.04,0.08].**
- **GFI= 0.767 (proche de 0.9**).
- **AGFI= 0.682 (proche de 0.9**).
- **PGI = 0.849 (proche de 0.9**).
- **APGI=0.793(proche de 0.9**).
- **NFI =0.737 (proche de 0.9**).
- **CFI =0.729(proche de 0.9**).
- **Bollen's Deltha=0.686.**
- **Bollen's Deltha= 0.775.**
- **McDonald Noncentrality Index =0.512**.
- **P=0** (**<0.05**).

Alors, nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle structurel représentent des **résultats acceptables**, qui nous permet de poursuivre l'analyse du modèle structurel.

3-5-2 les indices de symétrie du modèle de mesure :

Les valeurs négatives signifient que les réponses tendre vers la droite (échelle 4 et 5) et au contraire.

Tous les valeurs quelque soit positives ou négatives représentent les échelles utilisés dans la mesure :

1 : pas du tout satisfait 2 : peu satisfait 3 : moyennement satisfait

4 : satisfait   5 : très satisfait

Selon le tableau suivant, les mesures montrent que la majorité des résultats des indices de symétrie sont négatifs parce qu'ils sont localisés entre -1 et 0 (les réponses tendre vers les grandes valeurs c'est-à-dire vers les échelles 4 : satisfait, et 5 : très satisfait).sauf la variable **QLS3** (**QLS3**=**0.358**) tendre vers la gauche (vers les petites valeurs c'est-à-dire vers l'échelle 1 : pas du tout satisfait).

Tableau 3-14 *: les indices de symétries du modèle structurel*

Variables manifestes	**Skewness**	**Corrected**	**Normalized**
FT1	-0,556	-0,562	-2,780
FT2	-1,399	-1,414	-6,997
FT3	-0,547	-0,552	-2,733
FT4	-0,554	-0,560	-2,771
FN1	-0,040	-0,040	-0,199
FN2	-0,847	-0,855	-4,234
FN3	-0,659	-0,666	-3,294
FN4	-0,547	-0,552	-2,733
FN5	-0,276	-0,279	-1,382
FN6	-0,786	-0,794	-3,930
QLS1	-1,385	-1,399	-6,927
QLS2	-0,481	-0,486	-2,406
QLS3	0,358	0,361	1,789
QLS4	-0,230	-0,232	-1,148
QLS5	-0,302	-0,305	-1,509

3-5-3 les indices d'aplatissement du modèle structurel :

Les données sont fiable si leur valeur ne dépasse pas **08**.

Le tableau ci-après représente les résultats des indices d'aplatissement du modèle de mesure :

- Tous les résultats négatifs (**FT1= -0.668, FT3= -0.917, FN2= -0.536, FN3= -0.677, FN4= -0.917, FN5= -1.012, FN6= -0.508, QLS2= -0.442, QLS4= -0.531, QLS5= -0.655**), expliquent que les réponses sont divergentes (la courbe est étendue, dans ce cas les réponses sont différentes).
- Tous les résultats positifs (**FT2= 1.758, FT4= 0.408, FN1= 0.324, QLS1= 2.167, QLS3= 0.157**), signifient que les réponses sont plus proches entre elles ou bien centrées (courbe pointue).

Tableau 3-15 : *les indices d'aplatissements du modèle structurel*

Variables manifestes	Kurtosis	Corrected	Normalized
FT1	-0,668	-0,650	-1,671
FT2	1,758	1,860	4,396
FT3	-0,917	-0,907	-2,292
FT4	0,408	0,463	1,019
FN1	0,324	0,376	0,811
FN2	-0,536	-0,513	-1,339
FN3	-0,677	-0,659	-1,694
FN4	-0,917	-0,907	-2,292
FN5	-1,012	-1,005	-2,530
FN6	-0,508	-0,484	-1,270
QLS1	2,167	2,282	5,417
QLS2	-0,442	-0,416	-1,104
QLS3	0,157	0,203	0,393
QLS4	-0,531	-0,508	-1,328
QLS5	-0,655	-0,636	-1,637

3-5-4 la contribution factorielle du modèle de mesure :

Dans le tableau suivant, la deuxième colonne représente les résultats estimés des contributions factorielles (équivaloir à covariance) entre les variables latentes et les variables observées.

Les tableaux ***3-17,3-18,3-19*** donne le résumé des contributions factorielles entre les variables latentes et les variables mesurées.

Tableau 3-16 *: la contribution factorielle du modèle de mesure*

Les variables latents et ses variables manifestes	Contribution factorielle λ	Erreur type	T de Student 1.96 <	Niveau de probabilité <0.05
(FT)-1->[FT1]	0,557	0,035	15,869	0.000
(FT)-2->[FT2]	0,584	0,047	12,389	0.000
(FT)-3->[FT3]	0,506	0,034	15,068	0.000
(FT)-4->[FT4]	0,117	0,058	2,032	0.000
(FN)-5->[FN1]	0,342	0,044	7,779	0.000
(FN)-6->[FN2]	0,361	0,058	6,188	0.000
(FN)-7->[FN3]	0,372	0,086	4,341	0.000
(FN)-8->[FN4]	0,237	0,046	5,171	0.000
(FN)-9->[FN5]	0,467	0,057	8,207	0.000
(FN)-10->[FN6]	0,368	0,055	6,649	0.000
(QLS)-21->[QLS1]	0,486	0,069	7,050	0.000
(QLS)-22->[QLS2]	0,933	0,101	9,254	0.000
(QLS)-23->[QLS3]	0,541	0,061	8,856	0.000
(QLS)-24->[QLS4]	0,890	0,091	9,760	0.000
(QLS)-25->[QLS5]	0,815	0,083	9,785	0.000

✓ ***<u>Les facteurs techniques</u> :***

Tableau 3-17 *: Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques*

indicateurs	***équations***	***(λ,P<0.05)***	***résultat***
indicateur 1	FT1= 0.557 FT+ 0.035	λ_1 =0.557	bon
Indicateur 2	FT2= 0.584 FT+ 0.047	λ_2 =0.584	bon
Indicateur 3	FT3= 0.506 FT+ 0.034	λ_3=0.506	bon
Indicateur 4	FT4= 0.117 FT+ 0.058	λ_4 =0.117	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur FT1 qui représente la qualité de diagnostic des praticiens dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_1 **=0.557**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FT2 qui représente la qualité de l'intervention chirurgicale, dont leur contribution factorielle [λ_2 **=0.584**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FT3 qui représente les soins infirmiers offerts dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_3 **=0.506**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FT4 qui représente la prise en charge des douleurs et des complications dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_4 **=0.117**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable du facteur technique

✓ ***Les facteurs non- techniques*** **:**

Tableau 3-18 *: Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques*

indicateurs	*équations*	*(λ,P<0.05)*	*résultat*
Indicateur 1	FN1= 0.342 FN+ 0.044	λ_1 =0.342	bon
indicateur 2	FN2= 0.361 FN+ 0.058	λ_2 =0.361	bon
Indicateur 3	FN3= 0.372 FN+ 0.086	λ_3 =0.372	bon
Indicateur 4	FN4= 0.237 FN+ 0.046	λ_4 =0.237	bon
Indicateur 5	FN5=0.467 FN +0.057	λ_5 =0.467	bon
Indicateur 6	FN6=0.368 FN +0.055	λ_6 =0.368	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur FN1 qui représente la propreté de l'endroit et des personnels dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_1 **=0.342**, ***P<0.05***] est bon.

- l'indicateur FN2 qui représente e comportement des personnes médicales et non-médicales dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_2 =**0.361**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN3 qui représente l'information médicale, dont leur contribution factorielle [λ_3 =**0.372**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN4 qui représente e confort de la chambre dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_4 =**0.237**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN5 qui représente la propreté de e calme dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_5 =**0.467**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur FN6 qui représente la qualité des repas dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_6 =**0.368**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable du facteur non- technique.

✓ ***La qualité des soins:***

Tableau 3-19 *: Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins*

indicateurs	***équations***	***(λ,P<0.05)***	***résultat***
Indicateur 1	QLS1= 0.486 QLS+ 0.069	λ_1 =0.486	bon
Indicateur 2	QLS2= 0.933 QLS+ 0.101	λ_2 =0.933	bon
Indicateur 3	QLS3= 0.541 QLS+ 0.061	λ_3 =0.541	bon
Indicateur 4	QLS4= 0.890 QLS+ 0.091	λ_4 =0.890	bon
Indicateur 5	QLS5=0.815 QLS +0.083	λ_5 =0.815	bon

Selon les équations, nous observons que

- l'indicateur QLS1 qui représente e résultat médical, dont leur contribution factorielle [λ_1 **=0.486**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS2 qui représente la prestation complète de l'établissement par rapport à d'autre établissement (hôpital) , dont leur contribution factorielle [λ_2 **=0.933**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS3 qui représente la compétence et le contact humain des personnels médicaux et non-médicaux dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [λ_3 **=0.541**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS4 qui représente la les frais engagés par rapport à l'ensemble de séjour, dont leur contribution factorielle [λ_4 **=0.890**, ***P<0.05***] est bon.
- l'indicateur QLS6 qui représente 'adéquation entre les attentes et les services fournis, dont leur contribution factorielle [λ_6 **=0.815**, ***P<0.05***] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student>1.96,** nous permettons de mesurer la variable de la qualité des soins.

3-5-5 l'indice de corrélation :

Avant de tester les hypothèses liées au modèle de cette étude, nous voulons donner une vision complète sur les relations causales et linéaires entre les variables latentes du modèle structurel.

Figure 3-5 *: le modèle théorique de la qualité des soins*

Les valeurs qui sont à coté des flèches entre deux variables latentes signifient le sens et l'intensité de la relation entre ces deux variables.

Le dernier critère de qualité d'ajustement est estimé, celui des corrélations entre les variables non-observés (latente). Les résultats présentés dans le tableau ci-après montrent que toutes les corrélations entre les variables latentes sont significatives, elles s'établissent à des niveaux moyennement élevé (0.475) et plus élevé (0.778).

Tableau 3-20*: corrélations entre les variables latents*

Relations entre les variables latents	Coefficient de corrélation βi	Erreur type ξi	T de student	Niveau de probabilité p
(FT)-32->(QLS)	0,475	10,954	4,285	0.000
(FN)-33->(QLS)	0,778	6,681	10,954	0.000

* <u>*Equation entre FT et QLS*</u> :

$QLS = \beta 1\ FT + \xi 1.$

$QLS = 0.475\ FT + 10.954.$

* *Equation entre FN et QLS* :

$QLS = \beta 2\ FN + \xi 2.$

$QLS = 0.778\ FN + 6.681.$

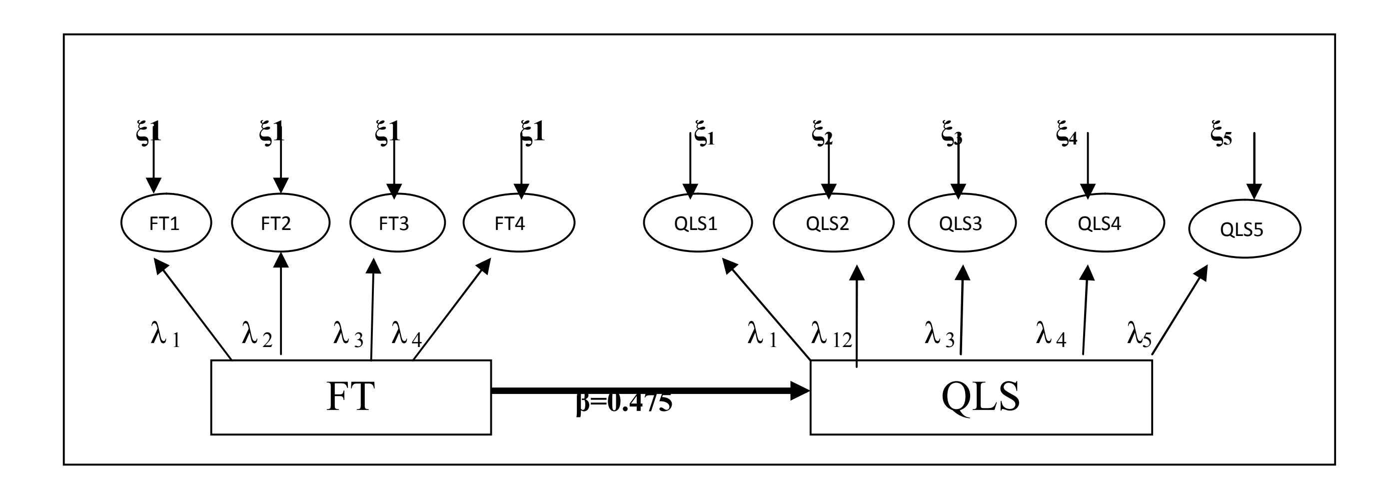
3-6 teste des hypothèses :

La dernière étape de cette étude est d'étudier l'intensité des relations liées entre les variables du modèle de qualité des soins on utilise la covariance **β.**

3-6-1 l'effet des facteurs techniques sur la qualité des soins :

Pour confirmer cette liaison, nous recourons aux modèles des équations structurelles afin d'extraire la forme structurelle. Cette dernière reflète la relation entre les facteurs techniques(tous ce qui est liés aux actes cliniques)et la qualité des soins.

Figure 3-6 *: le modèle de mesure et structurel facteurs techniques-qualité des soins*



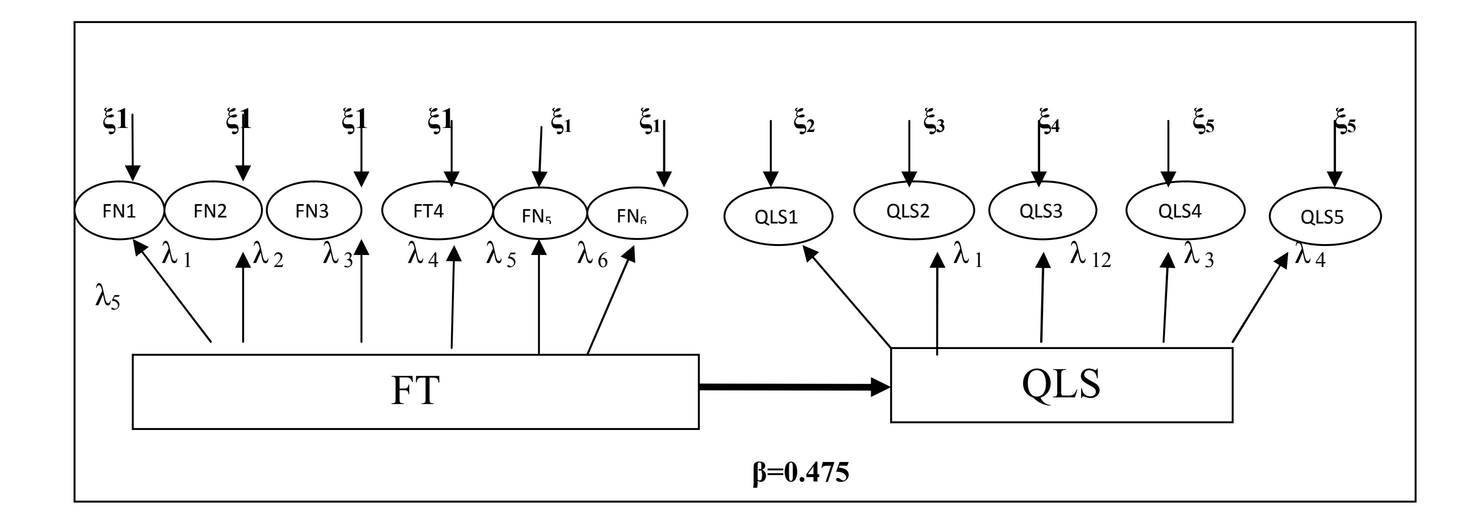
La première hypothèse proposée que les facteurs techniques influencent positivement la qualité des soins délivrée par une clinique privée, il ressort de l'analyse que l'apport des facteurs technique à la qualité des soins est significatif (H_1 : $\boldsymbol{\beta_1=0.475, t>1.96, p<0.05}$).

Nous pouvons dire alors que *les facteurs techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins*, ce qui confirme cette hypothèse.

3-6-2 l'effet des facteurs non- techniques sur la qualité des soins :

Pour confirmer cette liaison, nous recourons aux modèles des équations structurelles afin d'extraire la forme structurelle. Cette dernière reflète la relation entre les facteurs non-techniques (tous ce qui est liés aux relations entre le patient et les personnels médicaux et non-médicaux, et à l'environnement au sein de la clinique privée) et la qualité des soins.

Figure 3-7 *: le modèle de mesure et structurel facteurs non- techniques-qualité des soins*



La deuxième hypothèse proposée que les facteurs non- techniques influencent positivement la qualité des soins délivrée par une clinique privée, il ressort de l'analyse que l'apport des facteurs non-technique à la qualité des soins est significatif (H_1 : $\boldsymbol{\beta_1}$**=0.778, t>1.96,p<0.05**).

Nous pouvons dire alors que *les facteurs non- techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins*, ce qui confirme cette hypothèse.

Conclusion générale

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur crédible pour mettre en évidence ainsi que pour corriger certains dysfonctionnements dans des établissements de soins.

L'objectif de notre étude était d'apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins hospitaliers dans les cliniques privées algériennes et d'identifier les principaux facteurs qui interviennent dans cette satisfaction.

La mesure et l'évaluation de la satisfaction des patients s'appuient davantage sur des éléments subjectifs, sur des perceptions que sur des critères normatifs. La satisfaction des patients est un concept qui peut être défini comme l'étendue de l'écart entre les attentes des patients et leurs perceptions.

Malgré l'intérêt croissant des chercheurs, des gestionnaires et des praticiens pour la satisfaction des patients, comme indicateur de la qualité des soins,

Plusieurs facteurs limitent potentiellement la validité de cette approche. Des gestionnaires ont exprimé de la réticence à intégrer les données sur la satisfaction des patients à celles recueillies dans le cadre d'un programme d'appréciation de la qualité des soins. Cette réticence est principalement attribuable à la méconnaissance des facteurs associés à cette notion.

Les résultats indiquent que les aspects des soins avec lesquels les patients sont les moins satisfaits concernent le comportement du personnel notamment les infirmières, **l'information médicale reçue,** la **qualité des repas que ce soit l'adéquation des repas aux régimes et même les horaires de distribution des repas, et la variation des menus**. Le calme et la perturbation de repos du patient car généralement les salles d'opérations se trouvent au même niveau que les chambres des patients (cas d'accouchement), la disponibilité du personnel de nuit (un infirmier pour 10 malades). La rapidité de réponse aux appels des patients. Cette insatisfaction des patients par rapport à ces différents domaines est également une préoccupation majeure des responsables de la santé, des personnels médicaux et paramédicaux que des patients et leurs familles.

Notre étude nous a permis de confirmer que les facteurs non-techniques autrement dit les facteurs de l'environnement interne et même les facteurs du contact humain, ont une influence significative et plus importante sur la qualité des soins auprès du patient, sans pour autant écarter les facteurs techniques c'est-à-dire les facteurs liés à l'application des connaissances et des techniques par les praticiens, et leurs influences sur la qualité des soins.

Points essentiels

Les outils de marketing sont à prendre en considération dans les stratégies d'établissement, dans un contexte de concurrence croissante entre établissements hospitaliers (entre le secteur public et le secteur privé, le secteur privé lui même).

- ✓ L'application du marketing : composante incontournable du management.
- ✓ la clinique privée face à de nouveaux enjeux : être attractif en passant par une stratégie marketing
- ✓ Les problématiques de la santé deviennent au cœur des préoccupations des Algériens (multiplication des émissions télévisuelles, radiophoniques, magazines et sites web dédiés à la démocratisation médicale).
- ✓ Consumérisme sanitaire et médical : attente de plus en plus forte d'informations sur les établissements de santé.
- ✓ On parle d'usager-client, connaissance des attentes des patients
- ✓ Mise en place d'une politique volontariste de communication externe et de marketing qui permettrait une meilleure attractivité de l'établissement.
- ✓ Exigence accrue de transparence et besoin de compréhension de l'usager
- ✓ La clinique privée ne doit plus se reposer sur ses acquis, sur son savoir uniquement. Les établissements de soins se doivent d'être attractifs et d'être capables de faire savoir pour survivre dans un contexte de concurrence accrue.

- ✓ Elle doit tout d'abord centrer sa vision sur les facteurs techniques et environnementaux 'non-techniques) qui procurent la satisfaction des patients.

- ✓ L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

Limites de la recherche :

- ✓ l'étude a touché uniquement quelques facteurs techniques et non-techniques selon la nature de l'échantillon (ex : nous avons éliminé les questions concernant le délai d'attente puisque tous les cas que nous avons pris sont préalablement programmer dont nous avons évité les cas urgents).
- ✓ L'étude fut menée sur seulement trois cliniques privées.
- ✓ Il est possible de faire une étude comparative entre les cliniques privées et l'hôpital.
- ✓ Nous n'avons pas mesuré la fidélité des patients

Bibliographie

➢ ***Ouvrages***

Anglais

- Nacim-Hafez ABOUGOMAAH, 2006,marketing « arab and foreing perspectives » the(ad) arab administratie development organisation, egypt
- Raymond P. FISK ; Stephen J. GROVE, Joby jONN, 2000, *interactive services marketing* houghton mifftin company Boston,new york

Français

- Alexandre KAMYAB-SAMII, 2001, *stratégie de service « E.business, supply chain »*, édition dunod, Paris
- Anne-catherine OUDART, 2001, les chargé(e)s de relation clientèle face à la lettre de réclamation, édition Septentrion, Paris
- Ariel BERESNIAK, Gérard DURU, 2001, *économie de la santé,* édition Masson ,Paris,5e édition
- Bernard AVEROUS, Danièle AVEROUS, 1998,*mesurer et manager la qualité de service « la méthode CYQ »,*INSEP édition, Paris
- Bernard GAY, Marie-france LE GOAZIOU, Max BUDOWSKI,Pierre-louis DRUAIS, Serge GILBERT, 2003, médecine générale, édition Masson, Paris
- C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, *prévention des risques dans l'unité de soins*, édition Masson, Paris
- Cloude VILCOT, Hervé LECLET, 2006, *indicateur qualité en santé*, édition Afnor, Franc, 2e édition
- Christopher LOVELOCK, Jocken WIRTZ, Denis LAPERT ,Annie MUNOS,2008, *marketing des services* , édition Pearson, France,6e édition
- Daniel RAY, 2001, mesurer et développer la satisfaction, édition d'organisation, Paris,
- Denis LAERT, 2005, *le marketing des services*, édition Dunod, Paris
- Denis LINDON, Fréderic JALLAT,2002, *le marketing*, édition dunod, Paris, 4e édition
- David GOTTELAND, 2005, *l'orientation marché « nouvelle méthode, nouveaux outils »*, édition d'organisation, Paris
- Géneviève KREBS, Yvon MOUGIN, 2007, *les nouvelles pratiques de l'audit qualité intere*, édition AFNOR, France
- Gilbert ROCK, Marie-josée LEDOUX, 2006, *le service à la clientèle*, édition du renouveau pédagogique inc, Canada
- J LENDREVIE, J LEVY, D LINDON,2006, *Merkator* , édition Dunod ,Paris
- Jacques HOROVITZ, 2000, *sept secrets pour un service client performant*, les Echos édition, France
- James TEBOUL, 2002, *le temps des services*, édition d'organisation ,Paris, 4e tirage
- Jean ABBAD, 2001, *organisation et mangement hospitalier*, édition berger-leverault, Paris
- Jean-mochel MENIN, 2001, *la certification qualité dans les services « outils de performance et orientation client »*, édition Afnor, France

- L BOYER, 2004, *le marketing quelle utilité pour le consommateur*, édition EMS, Partis
- Lourent HERMEL, 2001, *mesurer la satisfaction clients*, édition Afnor , France
- Marc DUPONT, Claudine ESPER, Christian PAIRE, 2001, *droit hospitalier,* édition Dalloz ,Paris-, 3e édition
- Mariel JAEGER, 2004, *guide du secteur social et médicaux-social*, édition Dunod ,Paris, 5e édition
- Michel BADOC,2004*, réinventer le marketing de la banque et de l'assurance « du sens du client au néomarketing »*, édition revue banque, Paris,
- Monique ZOLLINGER , Eric LAMARQUE,2008, marketing et stratégie de la banque, édition Dunod,Paris, 5e édition
- Myriam HUBINON , 2004, *management des unités de soins « de l'analyse systémique à l' évaluation de la qualité »*, édition De boeck, Bruxelles, 2e tirage
- Nathalie VAN-LEATHEM,Yvelise LEBON,Béatrice DURAND-MEGRET, 2007, *du responsable marketing « boite à outils »*, édition dunod, Paris
- P AMEREIN, D BARCZYK, R EVRARD, F ROHARD, B SIBAUD, P WEBER, 2001, *marketing « stratégies et pratiques »*, édition Nathan, France
- P DURIEUX, 1998, *comment améliorer les pratiques médicales*, édition Flammarion, Paris
- Patricia COUTELLE- BRILLET, Véronique DES CARETS,2004, *marketing « de l'analyse à l'action »*, Pearson édition, et e-node France
- Philip KOTLER, Kevin lane KELLER, Bernard DUBOIS, Delphine MANCEAU , 2006, *Marketing management*, pearson édition, France ,12e édition
- Philip KOTLER, 2005*, les clés du marketing*, Pearson édition, Paris
- Pierre ALARD, Damien DIRRINGER, 2000, *la stratégie de relation client « un support dynamique de management de la relation client, le modèle customer connections »*, édition Dunod, Paris,
- Pierre DESMET P, 2001, *marketing direct « concept et méthodes »*, édition Dunod, Paris, 2e édition
- Pierre MASNE, -2007, *les services publics « approche économique et enjeux sociaux »*, édition Presses Universitaires de Rennes « DIDACT économie », France
- Richard NORMANN, 1994, l*e management des services « théorie du moment de vérité dans les services »*, intereditions, Paris
- Richard POILROUX, 2000, *management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, Berger-levrault édition, Paris

Arabe

- زكي خليل المساعد, 2005, تسويق الخدمات و تطبيقاته, دار المناهج, عمان
- صلاح محمود دياب,2009, ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحدسثة, دار الفكر, الاردن, الطبعة الاولى
- طلغت الدمردش, 2006, اقتصاديلا لبخدمة الصحية, مكتبة القدس, مصر , الطبعة الثانية
- محمد ابراهيم عبيدات , جميل سمير دبابيه,2006, التسويق الصحي و الدوائي, دار الوائل, الاردن, الطبعة الاولى

- **_Revues et articles_**

- Yves MATILLON, « qualité des soins , revue à travers la littérature des outils et des critères utilises en médecine ambulatoire », ANAES* service évaluation en secteur libéral, Paris-cadex 13-,2000

- J. JLASSI-A;EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; « Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients » ; CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF
- P. Chevalier, J. Laperche , minerva « Le docteur m'a bien visité *Les attentes prioritaires des patients en consultation en médecine générale » ;* volume 8 ~ numéro 2 février 2009
- Le SIDA EN Alg2rie »stop SIDA , revue bimestrielle de formation et d'information et zadpharma,JMP-Algérie, N03, janvier/février 2009
- P THIEffRY ; 4 février 2008 ; « une année en demi-teinte pour les services sociaux d'intérêt général » ADJA Dalloz édition ,Marceille, N °4/200/8
- N KAID-TLILONE ;avril 2007 ;« le service public local : un élément de stratégie de développement durable » les cahier de MECAS ; université de Tlemcen ,Algérie ; N°3
- Daria Koutaissoff ; Juillet 2005 ; « marketing et communication des établissements sanitaires vaudois analyse et positionnement des services de maternité' ;Lausanne, ,
- Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; USA ; PDF
- Mc BELEVILL ; L CLERC ;19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité » ; journée AFIP/AFAR intervention ; N*02 ; PDF
- HAS (haute autorité de santé) ; décembre 2007 ; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ; France ; PDF
- Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilises en médecine ambulatoire » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ; Paris
- Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannasse ;USA ; PDF
- Raymond GREBIER ; « la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF
- J. JLASSI-A. EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients ; CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF
- Jorge MONDOZA ; Helga Piechulek ; Ahmed Al-Sabi ; 2001 ; « satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh (bulletin de l'OMS) » ; N°05 ;PDF
- Alain MOREAU ; Marrie-cécile DEDIANNE ; philippe HAUZANNEAU ; José LABORERE,J-L TERRA ;L SARRASSAT ;20 décembre 2004 ; « attentes et perceptions de la qualité de relation entre médecins et patients » étude qualitative par la méthode du fopcus group ; revue du praticien-médecine générale ; tome 18 ;N+674/675 ; PDF

- Joélle VANBAMME; mai 2004 ; « la surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs » ; revue française du marketing ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France- ; n° 197-215
- Jean-François BOSS ; (1999) ; « la contribution des éléments du service à la satisfaction des clients » ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France- ; n° 171-1999/1
- Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : é&tat de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145
- Dr DAMECHE ; dr FRIHAA ; mr FAOUANIF ; « le système santé en Algérie entre réalisés et perspectives », ppt
- http// :www.gipspsi.org/GIP_FR/content/.../2927/.../**Algérie**.pdf

➢ ***Site internet :***

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l%27h%C3%B4pital
- http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital
- http://www.médiadico.com/dectionnaire/définition//hopital/1
- http://www.blogg.org/blog-82696-billec_est_quoi_le_**marketing_hospitalier**_____decryptage-1173071.html
- http://www.**marketing**-etudiant.fr/.../**marketing-services**.php
- http://sante.weka.fr/basedocumentaire/maitrise_des_risques_et_securite_sanitaire-wk205
- http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf
- marjolaine-matray.fr/.../les specificites du_mkg_des_services.pdf
- http://www.invs.sante.fr/presentations/presentation.htm
- http://www.ch-avignon.fr/sections/nous/etablissement/presentation-generale/missions-etablissement
- http://www.chu-caen.fr/pagemodele.php?idpage
- http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI aporama/indicateurs, de_qualité PDF
- http:// www.abcmarketing.fr/
- http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2491
- http// ; www. Allafrica.com/stories/201009131505.html
- http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml
- http://www.continentalnews.fr/actualite/sante,7/remise-a-niveau-du-systeme-de-sante-algerien,6506.html
- http// :www.latribune-online.com/suplements/.../37777.html

➢ ***Dictionnaire :***

- *Larousse médicale*, 2003 , édition Larousse VDEF, Paris

Liste des figures

Liste des tableaux